



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Procesos ético - disciplinarios y judiciales derivados del
acto médico en el Perú**

TESIS

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

AUTOR

Maximiliano CÁRDENAS DÍAZ

ASESOR

Cecilia Graciela Ruri SOGI UEMATSU

Lima, Perú

2017



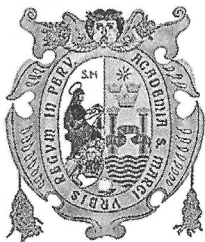
Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

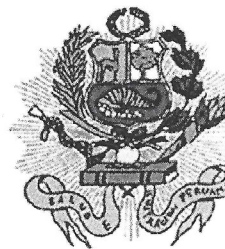
Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Cárdenas M. Procesos ético - disciplinarios y judiciales derivados del acto médico en el Perú [Tesis de doctorado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2017.



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA
FACULTAD DE MEDICINA
SECCIÓN DOCTORADO
Vice Decanato de Investigación y Post Grado



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los veinte días, del mes de Setiembre del año dos mil diecisiete, siendo las 11.00am., ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del Dr. **JUAN ALBERTO PERALES CABRERA**, y los Miembros del mismo, los Doctores:

DR. JUAN ALBERTO PERALES CABRERA	PRESIDENTE
DR. TEODORO JULIO OSCANO ESPINOZA	MIEMBRO
DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. PELLA	MIEMBRO
DR. SALOMÓN WILFREDO ZAVALA SARRIO	MIEMBRO
DRA. CECILIA GRACIELA SOGI UEMATSU	ASESORA

El postulante al Grado de Doctor en **Medicina**, es Magíster en Bioética, Don **Maximiliano Cárdenas Díaz**, procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: **"Procesos ético-disciplinarios y judiciales derivados del acto médico en el Perú"** para optar el Grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación **A Excelente 19**, a continuación el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina proponga que se le otorgue al Magister **Maximiliano Cárdenas Díaz**, el Grado Académico de **Doctor en Medicina**.

Se expide la presente Acta en tres originales y siendo las 12.38 m. se da por concluido el acto académico de sustentación.


DR. TEODORO JULIO OSCANO ESPINOZA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. PELLA
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DR. SALOMÓN WILFREDO ZAVALA SARRIO
MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN


DRA. CECILIA GRACIELA SOGI UEMATSU
ASESOR DE LA TESIS DE SUSTENTACIÓN


DR. JUAN ALBERTO PERALES CABRERA
PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

**PROCESOS ÉTICO-DISCIPLINARIOS Y JUDICIALES
DERIVADOS DEL ACTO MÉDICO EN EL PERÚ**

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos

A

Soledad,

Max Eduardo, Karina, Max Antonio y Gonzalo.

A la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos,

Al Instituto de Ética en Salud

Al Colegio Médico del Perú

A la Federación Médica Peruana

AGRADECIMIENTO

A la Doctora Cecilia Sogi Uematsu
por su acertada asesoría.

Al Doctor Javier Cieza Cevallos
por su generosa colaboración.

INDICE GENERAL

	Página
Lista de cuadros.....	vi
Lista de gráficos.....	vii
RESUMEN	viii
SUMMARY.....	x
 CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	 1
1.1. Situación Problemática	3
1.2. Formulación Del Problema.....	4
1.3. Justificación Teórica.....	4
1.4. Justificación Práctica.....	5
1.5 Objetivos.....	6
1.5.1. <i>Objetivo General</i>	6
1.5.2 <i>Objetivos Específicos</i>	6
 CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.....	 7
2.1 Fundamentos Ético-Deontológicos Del Deber De No Hacer Daño.....	7
2.2. Antecedentes De La Investigación	12
2.3. Bases Teóricas	28
 CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA	 53
3.1. Material.....	53
3.2 Método.....	53
 CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	 57
4.1 Presentación De Resultados	57
4.2 Discusión	70
 CONCLUSIONES	 101
RECOMENDACIONES.....	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXO 1. GLOSARIO DE TÉRMINOS.	112
ANEXO 2.	114

LISTA DE CUADROS

Cuadro 1.	Estudios epidemiológicos sobre eventos adversos	29
Cuadro 2.	Definición operacional de las variables de estudio.....	54
Cuadro 3.	Definición de tipo de falta.....	55
Cuadro 4.	Número de procesos ético-disciplinarios y médicos incluidos por quinquenio.....	57
Cuadro 5.	Distribución de los Procesos por Regiones del país.....	58
Cuadro 6.	Tasa de Incidencia de Médicos Procesados.....	59
Cuadro 7.	Tasa de Incidencia para Lima y Callao y resto de regiones.....	59
Cuadro 8.	Frecuencia de Motivos de Denuncia, período 1991-2015	60
Cuadro 9.	Número de médicos sentenciados por el Poder Judicial, según tipo de delito	60
Cuadro 10.	Decisión que pone fin al proceso ético disciplinario	61
Cuadro 11.	Sanciones aplicadas a los médicos con responsabilidad	61
Cuadro 12.	Severidad de la falta ética y condición de especialización	62
Cuadro 13.	Severidad de la falta ética y sexo	62
Cuadro 14.	Severidad de la falta ética y procedencia	63
Cuadro 15.	Severidad de la falta ética y tipo de Especialidad	63
Cuadro 16.	Años de experiencia profesional	63
Cuadro 17.	Médicos incluidos en los procesos según especialidad médica	65
Cuadro 18.	Médicos incluidos en los procesos según especialidad quirúrgica	65
Cuadro 19.	Especialidades de médicos involucrados en denuncias penales (N=80).....	66
Cuadro 20.	Monto reparación civil.....	68

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1.	Procesos ético-disciplinarios y médicos incluidos por quinquenio.....	58
Gráfico 2.	Evolución de motivo de la denuncia por quinquenios.....	61
Gráfico 3.	Médicos incluidos en los procesos según condición de especialista o médico general	64

RESUMEN

Objetivo. Analizar el contenido de las resoluciones de los tribunales éticos (Colegio Médico del Perú - CMP) y judiciales (Poder Judicial – PJ) en casos de demandas derivadas de actos médicos correspondientes al periodo 1991-2015.

Material métodos. Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo. Los materiales fueron resoluciones del CMP emitidas al finalizar procesos ético-disciplinarios en las que se analizaron características del médico demandado, naturaleza de las faltas éticas y los resultados del proceso. En las sentencias del PJ se estudiaron las características del médico procesado, el motivo del proceso y su resultado. Se realizaron correlaciones estadísticas entre las variables estudiadas.

Resultados. Se estudiaron 296 resoluciones del CMP que pusieron fin a procesos ético-disciplinarios que incluían 448 médicos con un ratio promedio de 1.5 médicos por denuncia. Se encontró un crecimiento exponencial en el número, la mayoría de los cuales corresponden a los Consejos Regionales de Lima y Callao (86.8%), entre los demás Consejos Regionales los de La Libertad y Arequipa tuvieron el mayor número de procesos. La tasa de incidencia de médicos involucrados en procesos varió entre 1,05 por 1000 a 3,36 médicos por 1000 a lo largo del período en estudio, siendo 4 veces mayor en Lima que en el resto de regiones. El motivo más frecuente por el que se instaura procesos ético disciplinarios fue mala atención (55.1%) seguida de la expedición irregular de certificados médicos (11.5%), delitos (10.5%), y atender sin consentimiento informado (9.1%). No se encontró responsabilidad ético - disciplinaria en el 51.3% de los médicos procesados en el periodo de estudio. Del total de médicos procesados en el período de estudio: 14.1% fueron mujeres y 85.9% varones; 48% ejercían especialidades quirúrgicas, 26% especialidades médicas y 26% eran médicos generales. Las cinco especialidades quirúrgicas con mayor número de médicos incluidos en proceso ético disciplinarios fueron Ginecología y-obstetricia, Cirugía General,

Urología, Traumatología y Cirugía Plástica. Las cinco especialidades médicas con mayor número de médicos incluidos en proceso ético disciplinarios fueron Psiquiatría, Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología, y Gastroenterología. En los médicos en los que se encontró responsabilidad ético disciplinaria hubo asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre sufrir sanciones más severas, ser médico general, varón y trabajar en regiones diferentes a Lima y Callao.

En cuanto a los procesos penales se estudiaron 56 sentencias 44 (78,6%) por homicidio culposo; 9 (16,1%) por lesión culposa; 3 (5,4%) por exposición a peligro que implicaban 80 médicos de los cuales el 53,75% ejercían especialidades quirúrgicas. 20 procesos fueron anulados por vicios procesales, en los 36 que culminaron 21 (37.5 %) tuvieron sentencia condenatoria con penas que fueron de uno a tres años de pena privativa de la libertad y reparación civil que varió de S/. 1,000 hasta un máximo de S/. 50,000 (nuevos soles), siendo la media S/. 14,857. En cuanto a los procesos civiles se estudiaron 6 casos: La resolución judicial fue condenatoria en tres; absolutoria en uno; e infundada en dos. La reparación civil en los tres casos condenatorios fueron de: S/. 20,000, S/. 70,000 y S/. 200,000 nuevos soles. Los procesos duraron de tres a siete años.

Conclusión: Los procesos éticos disciplinarios vinculados al acto médico han incrementado su frecuencia en forma exponencial a partir del 2006. El motivo más frecuente para instaurar procesos disciplinarios relacionados a actos médicos fue por denuncias de mala atención. El delito más frecuente por los que se procesan penalmente a médicos es homicidio culposo.

SUMMARY

Objective. To analyze the content of the resolutions of the ethical courts (Medical College of Peru - CMP) and judicial courts (Judicial Power - PJ) in cases of lawsuits related to medical acts from 1990 to 2015.

Material and methods. Quantitative, observational, descriptive and retrospective study. The materials were CMP resolutions issued at the end of ethical-disciplinary processes in which characteristics of the respondent physician, the nature of the ethical faults and the results of the process were analyzed. In the PJ sentences, the characteristics of the indicted physician, the reason for the indictment and the result were studied. Statistical correlations were made between the studied variables.

Results. We studied 296 CMP resolutions that ended ethical-disciplinary processes involving 448 doctors, with an average ratio of 1.5 physicians per complaint. An exponential growth in number of cases was found, most of which correspond to the CMP Regional Councils of Lima III and Callao XVIII (86.8%), among the other CMP Regional Councils, those of La Libertad and Arequipa had the greatest number of cases. The incidence rate of physicians involved in procedures ranged from 1.05 per 1000 to 3.36 doctors per 1000 over the study period. It was also found that the rate in Lima was 4 times higher than all other regions. The most frequent reason for establishing ethical disciplinary processes was poor medical care (55.1%) followed by irregular issuance of medical certificates (11.5%), crime (10.5%), and medical care without informed consent (9.1%). No ethical - disciplinary responsibility was found in 51.3% of the physicians indicted during the study period. Of the total number of physicians processed during the study period: 14.1% were women and 85.9% were men; 48% had surgical specialties, 26% medical specialties and 26% were general practitioners. The five surgical specialties with the highest number of physicians with disciplinary process were Gynecology and Obstetrics, General Surgery, Urology, Traumatology and Plastic Surgery. The five medical specialties with the highest number of physicians with disciplinary

ethical process were Psychiatry, Internal Medicine, Pediatrics, Anesthesiology, and Gastroenterology. Among physicians found responsible for disciplinary and ethical violations, there was a statistically significant association ($p < 0.05$) between having more severe penalties, being a general physician, and working in Lima and Callao.

As for the criminal proceedings, 56 sentences were studied 44 (78.6%) for manslaughter; 9 (16.1%) due to wrongful injury; 3 (5.4%) due to exposure to danger, all involving 80 physicians, of which 53.75% had surgical specialties.

Twenty (20) process were annulled by procedural defects; in the 36 that culminated, 21 had condemnatory sentence with penalties that ranged from one year to three of reclusive penalties and civil reparations that ranged from S / . 1,000 up to a maximum of S / . 50,000 (new soles), with the average being S / . 14,857. As for the civil proceedings, six cases were studied: The judicial decision was condemnatory in three cases; Acquittal in one; and unfounded in two. Civil damages in the three cases were: S / . 20,000, S / . 70,000 and S / . 200,000. The processes lasted from three to seven years.

Conclusion: The ethical disciplinary process related to medical care has increased its frequency exponentially since 2006. The most frequent reason to institute disciplinary proceedings was for complaints of poor medical care. The most frequent crime related to physicians who are criminally prosecuted is manslaughter.

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

La publicación, en 1999, del informe *To err is human*, del Instituto de Medicina de Estados Unidos de Norteamérica (IOM), puso en evidencia la gran magnitud y el severo impacto en la salud y la vida de los pacientes, de eventos adversos prevenibles que sobrevienen en el curso de actos médicos.

Diversos estudios posteriores, en otras realidades, corroboraron tanto la significativa ocurrencia de los efectos adversos -que varía del 3.7 al 17.0%- así como el hecho que, en su mayor proporción, son prevenibles (Weingart, S; Wilson, R; Gibberd, R; Harrison, B. 2000; Sanders y Aneez, 2003, Aranaz, JM.2004; Ross Baker et al. 2004; IBEAS, 2009; Michel Ph, 2011; Schildmeijer et al. 2013, Makary y Daniel, 2016). Como respuesta a estos hallazgos se ha generado una vasta literatura sobre la urgencia de hacer más seguros los sistemas de salud. En ese contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha promovido la constitución de la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, organización dedicada a estimular y apoyar el desarrollo, en cada país, de estrategias sistémicas orientadas a prevenir los eventos adversos y el error médico, uno de cuyos componentes claves es el mejorar el desempeño del factor humano en la gestión del riesgo en salud.

En relación con el factor humano, estudios realizados en diferentes países (Gould, Ross, Fox, 2004; Boyaciyen y Camano, 2006; Bitencourt, et al. 2007; Amorocho y Guzmán, 2008; Bismark, Spittal, Studdert, 2011; Elkin, et al. 2011; Mendoza, A. 2011; Bismark et al. 2013; Sogi, et al. 2014; Unwin et.al. 2015) llaman la atención sobre el hecho que las quejas y denuncias éticas y legales contra médicos y otros profesionales de la salud están en aumento y que se asocian a diversos factores (estructurales y de proceso), indicativos de problemas en la atención de salud; por lo que la comprensión de su dinámica y características permitiría mejorar la calidad y seguridad de la atención en los servicios de salud.

Se ha señalado también que las denuncias de los pacientes afectan no sólo la imagen profesional, sino la salud del médico implicado al producirle estrés y gran tensión emocional, que pueden llegar a ser muy severos, interfiriendo con su ejercicio profesional y su vida personal y familiar (Wienke, 2013; Santomauro, Kalkman, Dekker, 2014; Bourne, 2015).

En el Perú, los pacientes cuando consideran haber sufrido algún tipo de daño o afectación en el curso de una atención médica pueden presentar, directamente o representados por terceros, demandas o denuncias contra él o los médicos que consideren responsables e incluso contra la institución de salud en la que fueron atendidos, por las siguientes vías: ante el Colegio Médico del Perú (CMP) que luego de verificar su procedencia dará inicio a un proceso ético-disciplinario; ante el Ministerio Público y el Poder Judicial que de acuerdo a la materia expuesta instaurará procesos judiciales, civiles o penales y ante el Instituto de Defensa del Consumidor y de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) que, de ser el caso, promoverá un proceso administrativo sancionador.

Además hay instancias administrativas en las instituciones públicas de salud que también atienden denuncias de pacientes. Las personas afectadas pueden hacer uso de todas estas vías a la vez ya que no son excluyentes entre sí.

Las características de los procesos ético-disciplinarios, judiciales y administrativos, sobre todo los dos últimos, han sido estudiadas con alguna amplitud desde el punto de vista jurídico, no así, desde la óptica de la medicina y, mucho menos aún, en base a fuentes primarias de información.

En efecto, uno de los pocos estudios efectuados por médicos, describe la frecuencia y naturaleza de las resoluciones del Consejo Nacional (CN) del CMP sobre denuncias de carácter ético-deontológico, en el período 1991-2010, muestra que éstas se triplicaron en el decenio 2001-2010 con respecto al decenio 1991-2000 y que la mayoría de ellas se relacionaban con problemas derivados de la atención de pacientes (Sogi, Cárdenas, Zavala, 2014) por lo que consideramos pertinente profundizar el estudio específico de

las denuncias presentadas por pacientes o sus representantes y explorar además las características de los procesos judiciales instaurados a partir de denuncias o demandas de pacientes, con el propósito de alcanzar una visión más amplia de los litigios que surgen del acto médico en el contexto de la relación médico paciente y de esa forma, obtener información para el desarrollo de una línea de investigación que contribuya al diseño e implementación de políticas y estrategias en el ámbito de los servicios de salud y la educación médica, orientadas a prevenir conflictos y mejorar la calidad y seguridad de la atención de salud.

En ese sentido, el presente estudio describe las características de los procesos ético-disciplinarios y judiciales, instaurados contra médicos en base a denuncias de pacientes o terceros que los representan. Se revisa la literatura sobre el tema y se presentan datos sobre las características de los médicos implicados y de los procesos llevados a cabo en los ámbitos: 1) del CMP, en base a su Código de Ética y Deontología (CE y D-CMP), Estatuto y Reglamento, y 2) de los órganos de administración de justicia en base al ordenamiento jurídico nacional.

1.1. Situación problemática

No existe en el país información cierta de la magnitud y características de las quejas y denuncias de los pacientes por actos médicos. Tanto los procesos ético–deontológicos ante el CMP, como los procesos penales o civiles ante el Poder Judicial han sido poco estudiados académicamente desde el ámbito de la salud, pese a que podrían dar información valiosa para identificar puntos críticos del trabajo de los profesionales y de las instituciones de salud y formular estrategias de prevención de eventos adversos derivados de actos médicos.

En efecto, de dichos procesos se sabe poco su frecuencia, motivos y resultados, tampoco se conoce el perfil de los médicos procesados en cuanto a años de experiencia, sexo, especialidad, u otras variables.

En este contexto de escasa información, se generalizan percepciones que aluden a la existencia de un espíritu de cuerpo en las instancias médicas encargadas de pronunciarse sobre las quejas y denuncias de los pacientes, que resultaría, por lo general, en la absolución de los médicos denunciados. De otro lado, en cuanto a los procesos judiciales, se suele señalar que los médicos y las instituciones de salud demandados tienen una mayor influencia en las decisiones de los jueces, los cuales tenderían a ser benignos y, en el caso de encontrar los responsables, imponen penas simbólicas o sumas indemnizatorias que no compensan la falta; además de, por lo general, absolver a los demandados. Los pacientes expresan preocupación por lo prolongado de los procesos y la falta de criterios predecibles en las decisiones judiciales, y los médicos, por la ausencia de consensos y claridad en diversos aspectos de las normas relacionadas a la valoración del ejercicio médico.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son las características de los procesos ético-disciplinarios y judiciales, que se instauran contra médicos por denuncias o demandas de pacientes?

¿Cuáles son las características de los médicos involucrados en procesos ético- disciplinario y judicial, que se instauran por denuncias o demandas de pacientes?

1.3. Justificación teórica.

Las denuncias o demandas de pacientes por un acto médico que produjo daño o insatisfacían al paciente son expresión de la posible ocurrencia de eventos adversos que podrían ser prevenibles. De ahí que resulte importante su estudio detallado para el desarrollo de una efectiva estrategia de seguridad del paciente, sin embargo, el tema ha sido escasamente abordado en nuestro medio, en base a información casuística o empírica.

En efecto, pocos autores médicos han publicado estudios de base empírica sobre los procesos ético-disciplinarios y judiciales a médicos y sólo se ha

encontrado un artículo publicado por médicos legistas en base a fuentes de información primaria sobre denuncias penales (Navarro-Sandoval, et al. 2013). Existe, esto sí, en mayor abundancia literatura jurídica sobre el tema de la negligencia médica escrita por profesionales del derecho.

Tal situación justifica la aspiración del presente estudio de sentar las bases descriptivas del problema, a efectos de iniciar una línea de investigación, que permita examinar sus diferentes aspectos. Dicha línea de investigación se vincula consistentemente con uno de los objetivos del Instituto de Ética en Salud de la Facultad de Medicina de la UNMSM cuál es el de estudiar las condiciones teórico-prácticas que permitan promover el cumplimiento de uno de los principios centrales que norman el acto médico: el principio de “primero no hacer daño”, o en lenguaje bioético, los principios de “no-maleficencia y beneficencia”.

1.4. Justificación práctica

La importancia que viene adquiriendo la estrategia de seguridad del paciente a nivel mundial para enfrentar a uno de los desafíos más importantes de los sistemas de salud y del ejercicio de la medicina, como lo es la magnitud que ha alcanzado el daño a pacientes por errores en el curso de su atención en los servicios de salud, se constituye en el argumento más consistente para justificar la importancia práctica del estudio de los eventos adversos, del error médico, así como, de las características de los procesos ético-deontológicos y legales y de los profesionales de la salud involucrados. En efecto, los eventos adversos prevenibles son un componente significativo de la carga de morbilidad que afecta a la población usuaria de los servicios de salud que ha sido parcialmente medida en nuestra realidad, pero podemos inferir, a partir de los estudios de países con sistemas de salud más organizados y consolidados que el nuestro y por la información que aportan los estudios epidemiológicos realizados en países de la región, que es también significativa. El estudio de los procesos ético-deontológicos y legales contra médicos proporciona información crítica para el desarrollo de planes, estrategias y programas tanto en el ámbito de los servicios de salud como en el de las instituciones formadoras de profesionales de salud orientadas a

mejorar su desempeño y contribuir eficazmente a la construcción de un sistema de salud más seguro para los pacientes.

1.5 Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Analizar el contenido de las resoluciones de los tribunales éticos (Colegio Médico del Perú) y judiciales (Poder Judicial) en casos de demandas derivadas de actos médicos correspondientes al periodo 1991-2015.

1.5.2 Objetivos Específicos

1. En las resoluciones del CN-CMP analizar las características del médico demandado, naturaleza de las faltas éticas y resultados del proceso ético disciplinario.
2. En las sentencias del Poder Judicial, describir: especialidad, número de profesionales implicados y resultado del proceso judicial.
3. Explorar correlaciones estadísticas entre las variables estudiadas.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

2.1 Fundamentos ético-deontológicos del deber de no hacer daño.

Todos los códigos de ética médica contemporáneos consignan que cuidar de no hacer daño es el deber primigenio de la práctica médica.

Sharpe y Faden (1998) señalan que el Corpus hipocrático ha sido considerado, por siglos, como la fuente más importante de la moralidad médica. Al punto que las versiones de ética médica del siglo XIX y primera mitad del XX se apoyaban casi exclusivamente en la fuerza de la tradición y en la autoridad profesional, más que en una argumentación o justificación filosóficas.

Advierten, sin embargo, que en las últimas décadas un conjunto de circunstancias entre las que destacan: la afirmación de los derechos humanos, los intensos cambios en la organización y financiamiento de los sistemas de salud, el veloz desarrollo de la innovación tecnológica, la creciente judicialización de la relación médico paciente reclaman una fundamentación más consistente y actualizada de las obligaciones éticas del médico en especial de la de no hacer daño.

Por ello, resulta necesario indagar por los fundamentos filosóficos y morales contemporáneos del deber de no hacer daño: Para responder esta cuestión los autores mencionados exponen tres enfoques basados en argumentos éticos competitivos entre sí:

- El **principalista**, basado en la moralidad común y principios prima facie, de Tom Beauchamp y James Childress;
- El basado en la naturaleza **fiduciaria** de la relación médico paciente de Pellegrino y Thomasma, y finalmente;

- El **liberal** en ética de la atención de salud de Engelhardt.

La propuesta principalista, está expuesta ampliamente en una de las obras más influyentes en la ética médica, *The Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp y Childress,(1979). Su premisa básica es el reconocimiento de la autoridad y el valor práctico del sentido común moral que posibilita un amplio consenso social sobre los principios de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia como obligaciones *prima facie*, esto es, que son deberes éticos de cumplimiento obligatorio, a menos que, otro deber *prima facie* demande una atención prioritaria.

Exponen el siguiente ejemplo para aclarar el significado de las obligaciones *prima facie* en la práctica médica: “aunque cirujanos y enfermeras tiene la obligación de no maleficencia, esto es, de evitar dañar al paciente, ella puede ser pospuesta por la de beneficencia y autonomía, también *prima facie*. Así, la violación de la no maleficencia, puede ser justificada, de un lado, por los beneficios anticipados, por ejemplo, de una cirugía consentida por el paciente.

De otro lado, si un paciente solicita una intervención quirúrgica cuyos daños potenciales (p. e., por edad avanzada u otro factor de riesgo) son desproporcionados a sus posibles beneficios, el médico puede asumir que la cirugía sería una violación no justificable de la no maleficencia. En este punto se genera una tensión entre obligaciones (respetar la decisión del paciente y su concepción de beneficio versus riesgo) que deben resolver las partes mediante un proceso de deliberación, en el que los principios en competencia podrían ser especificados y balanceados, tomando en cuenta el contexto particular. El paciente puede, p. e., querer la cirugía en el contexto de un protocolo de investigación. En este caso, el principio de beneficencia incluiría beneficiar a otros a través del avance del conocimiento científico. En base a esta concepción más amplia de beneficio del paciente (asumiendo que es competente para tomar la decisión de participar en el protocolo), el deber de no hacer daño puede ser compensado.

El procedimiento de especificación y balance que proponen Beauchamp y Childress, ofrece medios a través de los cuales se resuelven conflictos entre los principios. *Especificación*, implica explicación y adaptación de principios en relación con la situación particular y *balance*, deliberación práctica acerca de cómo sopesar los principios invocados. Es clara la importancia práctica de este enfoque frente a otros que propician resolver las situaciones problemáticas concretas en función de la aplicación rígida de un solo principio, aunque este sea, p. e., el de beneficencia o autonomía, o cualquier otro.

El deber de no hacer daño en el cuidado de la salud, propuesta por Beauchamp y Childress, sin embargo no parece dar respuesta a las obligaciones para los médicos, que surgen de las circunstancias que viven los sistemas de salud, inmersos cada vez más en un modelo de mercado en el que los intereses comerciales imponen normas y buscan regular el acto médico. Esta deficiencia del enfoque principalista es la que pretende superar la propuesta de Pellegrino y Thomasma, basado en afirmar la naturaleza fiduciaria de la relación-médico paciente.

Los autores parten de describir la naturaleza de la relación sanitaria como una concatenación de tres elementos:

El hecho de la enfermedad, caracterizado por la vulnerabilidad de la persona que surge de una sensación de ansiedad, incertidumbre y a menudo, miedo y dolor que afecta su auto imagen y la fuerza a colocarse bajo el poder de otra persona

El acto de la profesión. Que surge cuando el médico se proclama como tal por que al hacerlo está diciendo en voz alta que posee conocimientos o habilidades especiales, que puede sanar o ayudar y que lo hará en función de los intereses del paciente. Presentándose como alguien que puede curar o ayudar, el médico anuncia su buena voluntad e invita al paciente a confiar en él. En virtud de la profesión pública del médico pre-existe una atmósfera de confianza y de hecho invita a que se establezca una particular relación médico paciente.

El acto médico. El acto de la medicina es el puente que une la necesidad de alguien que busca ayuda y la promesa de otro que profesa ayudar. Es el fin hacia el que se orienta la relación médico paciente, el *telos* del encuentro clínico. En esencia, es un acto de curación bueno y correcto, que se lleva a cabo en interés de un paciente particular. El acto es correcto en el sentido que técnica, científica y lógicamente es acertado. Es bueno, en el sentido que es acorde con las metas y los valores del paciente para alcanzar la curación o restitución de su integridad.

En su libro, *For the Patient's Good*, Pellegrino y Thomasma (1988) argumentan que estas tres características de la relación sanitaria definen el rol esencial del profesional como fiduciario, es en esta ontología de la relación terapéutica que se halla el sentido más amplio del significado de la máxima *no hacer daño*: la acción terapéutica es una acción moral orientada al bienestar del paciente. En tal sentido, constituye una clara admonición contra el abuso de autoridad y exige la necesaria pericia del terapeuta. Es el llamado a los médicos de ser merecedores de la confianza depositada.

Cuando el médico ofrece sus servicios al paciente está diciendo que se puede confiar en él y prometiendo que actuará a su favor. Así el deber del médico, de no hacer daño, se asienta no en la autoridad de la *tradición hipocrática*, ni tampoco en la *moralidad común*, sino en la naturaleza *fiduciaria de la relación terapéutica*. En ese sentido, abandonar la ética médica a la influencia de las reglas del mercado, es abandonar el significado de la enfermedad y la confianza en las que se basa la acción curativa.

El enfoque de Engelhardt asienta la ética de la atención de salud en la teoría liberal que afirma que la autoridad moral solo puede surgir de acuerdos entre personas, es decir, entre individuos autónomos. Los principios o las políticas corren el riesgo de ser coercitivos, a menos que estén basados en un consentimiento real. La coerción o fuerza es incompatible con una ética secular porque la libertad individual es la necesaria condición para forjar un mundo moral.

El autor sostiene que las personas morales son aquellas que son conscientes de sí mismos, racionales y tienen un sentido moral mínimo. Para esta definición, fetos, infantes, retardados mentales severos, comatosos irreversibles son ejemplos de humanos que no son personas y no poseen un lugar en la comunidad moral.

La medicina está comprometida con el bienestar de las personas y por lo tanto, los médicos no tienen obligaciones con el enfermo como tal sino con aquellos que contratan con ellos la provisión de determinados bienes. Les corresponde a cada quien decidir, estrictamente hablando, si los intereses de quienes no pueden comprometerse con tales contratos (niños, incompetentes) serán considerados en el ámbito de los cuidados de la salud.

En esta teoría contractual, el daño a otros está proscrito sobre todo por el principio de autorización. Uno no puede hacer a otro aquello que éste no haya consentido. No hay una obligación especial de evitar dañar a pacientes más allá de las que emanan de exigencias básicas de respeto mutuo por lo que los médicos no pueden ser responsabilizados por fallas en la atención de salud sobre las que no hubo acuerdo previo entre las partes relevantes. Las únicas omisiones culposas son aquellas que implican ruptura de contrato. Cualesquiera sean los beneficios que espera obtener o los daños que espera evitar un paciente, deben estar establecidos por contrato; y los médicos deben dejar claro lo que ellos pueden hacer y lo que harán.

En resumen, mientras que el enfoque principalista implica no sólo el deber de no infligir mal o daño, sino también, lo que es más importante, la obligación positiva de beneficiar, de promover y remover el daño y, por lo tanto, inequívocamente impone una obligación positiva sobre los profesionales de salud; en el modelo de mercado de Engelhardt las obligaciones emergen solamente de acuerdos contractuales. En esta perspectiva, el daño solamente es problemático porque viola el principio de autorización.

En el modelo fiduciario, la vulnerabilidad y dependencia del paciente, la fuerza desproporcionada que ostenta el profesional de salud y su ofrecimiento de

ayuda, inequívocamente les impone la obligación de actuar de acuerdo con los intereses del paciente y guardar su bien en fideicomiso. El médico tiene un deber de beneficencia de facto. Es sobre esta base que la sociedad tiene expectativas morales en la conducta de los médicos, que van más allá de la limitada especificidad establecida en un contrato. Adicionalmente, el deber de actuar de acuerdo a los intereses del paciente explica las legítimas expectativas morales que tienen las personas, que la relación imprevista con profesionales en situaciones de emergencia o semejantes, servirá a sus intereses y que de no ser así los hace responsables.

El modelo fiduciario, aunque continúa siendo dominante en ética médica y derecho, está tensionado cada vez más por un sistema de atención de salud cambiante donde los médicos son responsables de intereses que no son los del paciente. En la medida que los médicos sean presionados, cada vez más, por empresas de salud para cuidar su desempeño económico, el modelo fiduciario los presionará para mantener sus obligaciones de beneficencia y no maleficencia en defensa activa de los intereses del paciente. Los daños asociados a la atención de salud en el modelo de mercado sólo son moralmente reprobables si refleja una ruptura de contrato entre personas autónomas y, de no ser así, simplemente es un hecho desafortunado; y en el fiduciario, el daño iatrogénico es moralmente reproable porque los pacientes tienen legítimas expectativas de que la medicina servirá para su provecho.

2.2. Antecedentes de la investigación

Antecedentes históricos.

La regulación estatal del ejercicio médico, esto es, el control de la actividad mediante normas legales se ha justificado desde sus orígenes más remotos, con la finalidad de preservar a las personas de las consecuencias dañosas de un ejercicio médico incompetente o descuidado.

En todas las épocas y sociedades, la historia registra los hitos de desarrollo de esta regulación estatal. Así, el Código de Hammurabi es citado

frecuentemente como una de las primeras expresiones de legislación sobre diversos aspectos de la vida social, que contenía normas expresas también en relación a las prácticas médicas que ocasionaban daños a los pacientes (Laín, 1978; Gabriel, 1962). Pero es en Grecia del siglo V a. c., en el contexto del desarrollo cultural reconocido como fundacional de la civilización occidental, que se inaugura otra forma de regulación del ejercicio médico con una clara connotación autónoma, paralelamente a la consolidación de la medicina como un saber racional y una práctica técnico científica (Laín, 1978 pp109).

Los médicos griegos se dieron, a ellos mismos, normas que establece reglas de conducta que se sostienen en el poder moral del compromiso asumido en un juramento de honor, sometido al juicio de pares. Surge así la vertiente normativa auto-reguladora que se ha mantenido a través del tiempo hasta hoy. (Simón, 2000; Sánchez, 2003; Pérez, 2012). En el núcleo de la deontología hipocrática se consigna el deber de no hacer daño, como paradigma de la ética médica, cuya formulación en la versión contenida en el libro del corpus hipocrático Epidemias dice: *ayudar o por lo menos no hacer daño*, mantiene su vigencia hasta la actualidad.

La historia de las reglas que rigen el ejercicio médico, es la de las relaciones entre dos vertientes: la estatal basada en normas gubernamentales y la auto-regulación, en base a códigos de conducta asumida autónomamente por la profesión médica. Estas dos formas de regulación se han complementado en diverso grado o han sido competitivos, dependiendo de las concepciones sobre la salud, de las características del ejercicio de la medicina y las peculiaridades culturales de cada sociedad.

En la Edad Media, (Raach, 1944), relata que mientras la iglesia y la abogacía habían constituido ya corporaciones con un elevado espíritu gremial, la medicina se encontraba aún carente de todo control y sus miembros sin espíritu de cuerpo. Este cuadro, de escaso ordenamiento de la práctica médica empieza a cambiar a partir del siglo XII. En Italia se establecen legislaciones estatales como el edicto de Roger II, del año 1140, en Sicilia; y,

Frederick II, del 1224, que norman la enseñanza médica y establece cursos, evaluaciones y calificaciones como requisito para el ejercicio médico.

En el año 1421, en Inglaterra, fueron los propios médicos quienes solicitaron al parlamento el control de su ejercicio. Esta fue la primera petición de este tipo registrada en el país, incluso en Europa. En respuesta, considerando el mal que causaban los *médicos ignorantes en física y cirugía*, el parlamento encargó a los miembros del Consejo Real *el castigo contra aquellas personas que ejercen sin ser expertos ni entrenados* (Raach, 1944 pp 268). En 1518, Enrique VIII fundó el Royal College of Physicians of London y le encargó supervisar la práctica de la medicina. Su propósito fue distinguir a los médicos calificados de los que no lo eran y proteger al público de la audacia de aquellos hombres que profesan la medicina más por avaricia que por cualquier conciencia del bien (Clark, 1965).

En 1858, mediante la ley conocida como el Medical Act, se estableció el *Consejo General de la Educación y Registro Médico del Reino Unido*, como la entidad encargada de supervisar y normar la conducta profesional de médicos y cirujanos, y de publicar cada año el registro de profesionales que poseen las calificaciones adecuadas para ser considerados, por el público y la profesión, como verdaderos, o *bona fide*, médicos practicantes y que por lo tanto están autorizados para ejercer. Esta institución denominada, hoy en día, General Medical Council (GMC), permanece cumpliendo las mismas funciones aunque su norma fundacional ha sido actualizada en numerosas ocasiones, en consonancia con las necesidades cambiantes de la sociedad.

En los Estados Unidos (EEUU), durante el período colonial e inicios de la independencia, había una regulación muy limitada del ejercicio médico y solo después de la Guerra Civil, los estados de la unión comenzaron a expedir licencias para su ejercicio y reglamentar la práctica. Únicamente en el estado de Nueva York, desde la Colonia hubo ya algún control del ejercicio médico (Richard, 1999; Bardo, 1967).

En Europa continental, en la Edad Media, fue el Protomedicato la expresión más clara de regulación de la práctica médica por el Estado. Lastres (1956) señala: “Esta institución había nacido en la Edad Media y España la tuvo organizada antes que ninguna otra nación europea”. Se encargaba, durante su vigencia hasta inicios del siglo XIX, de examinar y autorizar a los candidatos a ejercer como médicos y farmacéuticos, controlar y aplicar medidas punitivas a los infractores, así como asesorar a las autoridades de entonces en todo lo concerniente a salubridad (Lannig, 1985; Laval 2003). En las colonias americanas España implantó sus instituciones políticas y sociales, entre ellas, el Protomedicato que tuvo un destacado desarrollo en México y Perú.

En el Perú, durante el periodo de la conquista (1532-1533), la labor de los escasos médicos formados académicamente era sobrepasada por la proliferación de empíricos, que guiados por el afán de ganancia ofrecían todo género de curas a todo tipo de males, con escasa efectividad, cuando no producían más daño que la propia enfermedad. Al respecto, Zavala (2010) dice:

Al inicio de la Conquista no existía ninguna institución que regulara el ejercicio de la medicina y ésta, por cierto era necesaria con o sin institución que la legalice, muchos se improvisaban en este campo que, por cierto, podía ser muy lucrativo. Tanto en las ciudades como en los ejércitos había personas que practicaban el oficio de limpiar las heridas, sangrar, aplicar ventosas o clísteres y cobraban honorarios según la calidad del cliente. En los primeros hospitales, trabajaban médicos europeos, españoles la mayoría, y se encargaban de las funciones anexas los naturales.

En el contexto descrito, se aplicó en la colonia la misma receta que España ensayaba para sí, desde mediados del siglo XV, el Protomedicato. El autor citado señala que en 1570, se instituyó en Lima el Real Tribunal del Protomedicato para garantizar el correcto ejercicio de la medicina y la farmacia, combatir el empirismo y absolver consultas del gobierno colonial sobre el clima, enfermedades, higiene y salud pública. Estaba presidido por el

Protomédico del virreinato del Perú, que a diferencia de otros virreinos tenía gran autonomía.

En un balance sobre el rol del Tribunal del Protomedicato, Bustíos (2000) sostiene que: “Estuvo muy lejos de cumplir las funciones que tenía asignadas formalmente. Al final de la vida colonial, el Tribunal tenía una vida lánguida, limitándose a otorgar diplomas. Todos los informes de la época coinciden en afirmar que, durante toda su existencia, se limitó esencialmente a dar cartas de aprobación para el ejercicio de profesiones médicas y a tratar de resolver numerosos asuntos contenciosos entre médicos y cirujanos, provocados por intervenir los segundos en los dominios de la práctica médica”.

El Tribunal del Protomedicato, con la Independencia, pasó a denominarse sólo Protomedicato, continuando con su función básica de supervigilar el ejercicio de las profesiones médicas hasta que, en 1848, se crea la Junta Directiva de Medicina, institución con un nombre más a tono con el proceso de construcción republicana en el que estaba empeñado el país. Sin embargo, el tenor del Decreto que la creaba mantenía las mismas funciones de control de la profesión médica y duró hasta 1856, cuando fue desactivada por la creación de la Facultad de Medicina de San Fernando, a la cual le confiere sus funciones.

En 1923, se crea la Junta de Vigilancia de la profesión médica y de la obstetricia, órgano dependiente de la Dirección de Salubridad, dependencia del Ministerio de Fomento y Obras Públicas, por RS del 6 de abril de ese año. Esta Junta es sustituida, en 1931, por una Comisión encargada del control deontológico y la vigilancia del ejercicio de las profesiones médicas, constituida por delegados de la dirección de Salubridad de: la Facultad de Medicina, la Academia Nacional de Medicina, el gremio médico, la Escuela de Farmacia y Bioquímica, la Escuela de Farmacia, el gremio de farmacéuticos, el Instituto de Odontología, el gremio de odontólogos y la Asociación de Obstetrices.

De esta forma, se inicia el control y la vigilancia del ejercicio médico por una dependencia del gobierno central, el Ministerio de Salud, Trabajo y Asistencia Social (1936), Ministerio de Salud y Asistencia Social (1945), hasta convertirse en el Ministerio de Salud (1969). Dicho control radicaba esencialmente en el registro de los títulos que expedía la única escuela de medicina existente en ese entonces. En este periodo, la regulación del ejercicio médico bien puede calificarse de laxa, casi ausente, en el día a día.

Auto-regulación médica moderna. Hasta fines del siglo XVIII, los cánones que normaban el ejercicio de la medicina eran los establecidos en la tradición hipocrática. En 1803, Thomas Percival (1740-1804), publica el libro *Ética Médica*, cuyo título original fue: *Medical Ethics; or, a code of institutes and precepts adapted to the professional conducts of physicians and surgeons*. Esta obra del médico británico fue considerada como fundacional de la ética asistencial de los médicos ingleses y americanos (Simon, 2000 pp81-82) y de gran influencia en las concepciones éticas de los médicos de occidente. La obra buscaba que: “la conducta oficial y las relaciones mutuas entre facultativos, pueda ser regulada por precisos y reconocidos principios de urbanidad y rectitud”. En un análisis sociológico de la obra de Percival, Waddington (1975) dice:

Como Leake ha señalado, fue Percival, quién más que cualquier otra persona, efectuó la transición de los principios generales de la ética médica griega al actual complejo sistema. Esta visión del eticista como el fundador de los códigos modernos de ética médica es compartida por la mayoría de los médicos. Así, Forbes se ha referido a la labor de Percival como un prominente "hito en el progreso y la evolución de la ética médica... Ningún trabajo posterior ha modificado en grado importante los preceptos y prácticas definidas por él para normar la conducta de un médico". Barton ha escrito que la obra "ha compilado el primer código moderno de ética médica", mientras que los comentarios de McConaghey dice que las reglas "de conducta de los tiempos modernos se derivan del pequeño libro publicado en 1803 por Thomas Percival.

Destaca el hecho de que la obra de Percival no fue un aporte solitario sino, más bien, la expresión de una época, en la que comenzó a prevalecer una generalizada preocupación entre los médicos por los problemas éticos que debían enfrentar en su práctica cotidiana. Adicionalmente, el mismo autor plantea que la obra está dedicada más a prescribir normas para una adecuada y armoniosa relación entre médicos que a regular éticamente la relación médico-paciente, tópico que debería ser central en una obra dedicada a la ética médica. Así señala:

Si examinamos cuidadosamente la ética médica de Percival, encontramos que no se ocupa principalmente de los problemas éticos en la relación médico-paciente. Si excluimos el último capítulo que corresponde más a jurisprudencia médica que a ética médica, nos encontramos con que, de un total de cuarenta y ocho páginas, sólo media docena se dedican a la consideración de problemas éticos en la relación médico-paciente. Además, su asesoramiento a los profesionales sobre cómo comportarse con los pacientes es, en su mayor parte, de un tipo muy general, muy de acuerdo con la tradición griega.

Esta observación le lleva a sostener que el estímulo para la adopción de los códigos de ética, no fue el imperativo de regular la relación con los pacientes, sino la relación entre médicos, en un momento en que la práctica profesional estaba cambiando intensamente. El *Medical ethics* fue escrito por Percival precisamente con el propósito de evitar se repitiera una agria disputa que enfrentó a los médicos entre sí, en el Hospital del cual era miembro externo.

Los problemas en las relaciones entre médicos eran, al parecer, muy comunes en aquella época y concitaron la atención de diversos autores como lo evidencia el trabajo de Banks (1839), *Medical etiquette, or an essay upon laws and regulations which ought to govern the conduct of the members of medical profession in their relation with each others*. Como sugiere su título, trata casi exclusivamente de relaciones intra-profesionales. El único momento en que la relación médico-paciente se convierte en un problema para Banks, es cuando un médico es llamado para asistir al paciente de otro médico, una situación

que sólo se vuelve problemática porque otro practicante está implicado en el manejo del caso.

En 1847, se funda la American Medical Association (AMA) como organización dedicada *a establecer normas uniformes para la formación profesional, capacitación y conducta*. En su asamblea fundacional, los delegados, por unanimidad, aprueban su primer código de ética profesional, con el propósito de expresar el compromiso individual y colectivo de sus miembros con los valores de la medicina como profesión. Este código estaba inspirado en la obra de Thomas Percival (Editorial de la revista oficial de la AMA, 1965) y resulta un hito especialmente importante, por ser la primera vez en la historia que una comunidad médica nacional se daba para sí, por decisión autónoma, reglas de conducta. Es pues una definida expresión de auto-regulación.

Al mismo tiempo, el Código es un documento vivo, que evoluciona en la misma medida que se plantean nuevas preguntas sobre cómo se aplican los valores básicos de la profesión en la práctica cotidiana de los médicos. Enlaza teoría y práctica, los principios éticos y los dilemas del mundo real, en el cuidado de los pacientes. Su última versión data del 2001, consta de 10 artículos dedicados a remarcar la responsabilidad del médico con el paciente y su deber de trabajar para que los pacientes tengan un mayor acceso a los servicios de salud.

En Francia, aunque desde 1845 se planteada la idea de una organización médica que se encargue del control disciplinario de los médicos, en ese entonces, ejercida por los decanos de escuelas médicas, no fue sino hasta 100 años después, en 1945, que se crea por ley la *l'Ordre des médecins*, con expresa función de mantener y promover la mejor atención de los pacientes a través de la observación de las normas dictadas por el código de deontología médica. Más adelante, un decreto del Consejo de Estado, otorga poder normativo al código de deontología médica, cuya última versión data del 2012 y contiene un conjunto de normas orientadas a establecer los deberes del médico para con el paciente.

Auto-regulación médica internacional. La Asociación Médica Mundial (AMM). En 1947 en París con el concurso de 27 asociaciones médicas nacionales se fundó la AMM, con la finalidad de promover las normas más elevadas posibles de conducta ética y atención médica. En su segunda asamblea general reunida en Ginebra, en setiembre de 1948, recomendó a todas las asociaciones médicas nacionales que los médicos realicen un juramento hipocrático actualizado al recibir sus diplomas, como medida orientada a fijar en la mente de los nuevos profesionales los principios fundamentales que deben regir su conducta. Con ese objetivo adoptó lo que se conoce la fórmula contemporánea del juramento hipocrático. En siguientes reuniones adoptó el Código Internacional de Ética Médica (Londres, 1949 enmendado en Australia, 1968 y Venecia, 1983) así como las ampliamente conocidas resoluciones sobre la investigación médica de Helsinki, Tokio, en base a la experiencia de actos inhumanos perpetrados por médicos nazis en la Segunda Guerra Mundial, que quebrantaba la ética profesional y, en 1987, la Declaración sobre la autonomía y autorregulación profesional. (Anexo II).

Auto-regulación del ejercicio médico en el Perú

Paz Soldán (citado por Barsallo, 1999), describe el ethos de la profesión médica peruana después de la independencia y hasta mediados del siglo XX:

La desatención política dio al médico la ilusión que ejercía efectivamente una profesión liberal, sin limitaciones ni condicionamientos, de la que no debía dar cuenta a nadie; que era un patrimonio adquirido sin las graves responsabilidades públicas que toda propiedad acarrea consigo. El consenso médico estaba acostumbrado, parece desde siempre, a disfrutar el ejercicio de la profesión sin más dispositivos que los correspondientes a su íntima y personal conciencia deontológica, imbuida de solemne autocrítica. Las normas que emergían en su tiempo no surtían efecto porque los médicos se resistían aceptar atingencias reguladoras de su actividad. Soy libre de ejercer mi profesión como la entiendo.

En el país, la aspiración corporativa de tener una institución que custodie –*la majestad de la Orden y los valores éticos de la profesión*– apareció muy tardíamente. Desde 1947, la profesión médica estaba organizada en la Federación Médica Peruana (FMP), fundada para velar por las condiciones de trabajo y a la defensa de los derechos laborales de sus afiliados, institución de definido carácter gremial, de afiliación voluntaria, que contaba con la adhesión mayoritaria de médicos a nivel nacional. En su seno se gestó la idea de solicitar al gobierno la creación de un Colegio Nacional para cuyo efecto se prepararon proyectos de Ley, remitidos en 1956 al Congreso de la República para su correspondiente debate y aprobación. Sin embargo, no fue sino hasta 1968 que se pudieron superar diversos obstáculos generados por conflictos que, en ese entonces, dividían a la profesión médica, asuntos vinculados a la forma en que se organizó la atención médica en los hospitales del naciente seguro social del empleado. Las demoras de la ley del colegio en el trámite parlamentario no fue por cierta expresión de oposición de algún sector médico porque la opinión era favorable para la existencia de una institución representativa de la orden. Finalmente la creación del Colegio Médico del Perú se cristalizó en 1969 (Barsallo, 1999).

Experiencia internacional en procesos disciplinarios ético-legales del ejercicio médico

En el panorama internacional se vislumbra dos modalidades de control ético-deontológico del ejercicio médico: en algunos países, las normas de conducta que los médicos están obligados a cumplir se han establecido por mandato legal y su vigilancia está a cargo de instancias estatales; y, en otros, se ha delegado a organizaciones autónomas, los colegios profesionales, la elaboración del código de ética y deontología a la par que les otorga, por ley, atribuciones para procesar y eventualmente sancionar a los infractores.

El Reino Unido (RU), los EEUU y en sud-américa Colombia ostentan la primera modalidad. En el RU, el General Medical Council (GMC), creado en 1858, tiene las atribuciones de otorgar licencia para el ejercicio profesional y supervisar la conducta de los médicos. Los procesos ético-disciplinarios del

GMC están a cargo de comités de: Procedimientos Preliminares y Conducta Profesional. El primero evalúa denuncias que provienen de diversas fuentes: la policía, los servicios de salud, médicos, pacientes y el público en general y, tomando en cuenta el descargo del médico denunciado, adopta una de los siguientes caminos: remite el caso al segundo comité para su investigación y eventual sanción, advertencia o archiva el caso.

Por su lado, el Comité de Conducta Profesional, al culminar la investigación puede, en función de la gravedad de la falta cometida, adoptar una de las siguientes acciones: amonestar al denunciado y concluir el caso, poner al médico en supervisión, suspender temporal o retirar definitivamente su licencia. El libro *Professional conduct and discipline: fitness to practise* del GMC ofrece guías sobre aquello que pueden ser grave inmoralidad profesional: 1) descuidar responsabilidades hacia el paciente (lo más frecuente); 2) prescripción de mala fe o irresponsable 3) deshonestidad; 4) relación emocional o sexual impropia con el paciente; 5) falta de decencia; 6) falta a la confianza profesional; 7) certificación falsa; 8) demanda de pago indebido; 9) abuso de alcohol, drogas; 10) conducta abusiva; 11) inducción indebida (canvassing); 12) ejercicio de influencia indebida para obtener beneficio; 13) ausentismo no autorizado.

En los Estados Unidos, los procesos disciplinarios se dan en el marco de las atribuciones de los *State Medical Board* (SMB), que otorga licencia para el ejercicio médico. La 10ª Enmienda de la Constitución norteamericana autoriza a los Estados a establecer normas que protejan la salud, la seguridad y el bienestar general de sus ciudadanos, en base a la cual, los 50 estados de la unión han promulgado leyes y reglamentos que rigen la práctica de la medicina. La estructura y atribuciones de los SMB varían de estado a estado, típicamente se componen de médicos y miembros del público que, en la mayoría de los casos, son nombrados por el gobernador.

Los SMB procesan las quejas contra médicos y eventualmente, de ser el caso, imponen sanciones a los que encuentran responsables mediante la suspensión, la revocación de la licencia, amonestaciones públicas y multas. Son ejemplos comunes de inconducta: abuso de alcohol y sustancias;

conducta sexual inapropiada; abandono de paciente; no cumplir con las normas de atención del estado; prescripción de medicamentos en exceso o sin razón legítima; falta de honradez durante el proceso de solicitud de licencia; sentencia judicial por delito grave; fraude; delegar su práctica profesional a personas no calificadas o sin licencia, no mantener registros actualizados; no cumplir con los requerimientos de educación médica continua. El proceso disciplinario conducido por los SMB no excluye la posibilidad de que los médicos respondan ante el poder judicial por los mismos hechos.

La Federation of State Medical Boards publica periódicamente el informe: *U.S. Medical Regulatory Trends and Actions*. En el periodo 2014-15 señala que han habido pequeñas fluctuaciones en el número de médicos procesados disciplinariamente por los CME en los últimos cinco años. Una comparación de los datos de 2012 y 2008 muestra que se han incrementado el número de médicos con suspensiones y revocaciones de licencia. En el año 2012, fueron sancionados con suspensión de la licencia 857 médicos y con revocación 739.

En Colombia, la Ley 23 (1981), establece las normas de conducta médica y crea el Tribunal de Ética Médica para procesar, específicamente, las denuncias de su trasgresión. Está integrado por cinco miembros, todos médicos, designados por el Ministerio de Salud a partir de propuestas de la Federación Médica Colombiana, la Academia Nacional de Medicina y las Facultades de Medicina. Tiene ámbito nacional y la potestad de nombrar en cada Departamento, Intendencia o Comisaría, un Tribunal Seccional Ético-Profesional que actúa como primera instancia en los procesos éticos. El Tribunal es independiente de la justicia ordinaria y si hay indicios de violación de las normas penales o civiles, pone en conocimiento los hechos a la autoridad competente simultáneamente con la tramitación del proceso disciplinario.

En países de la Europa continental como Francia y España y en sud-américa Brasil, Chile y Perú, han adoptado el modelo de delegar al colegio profesional

el establecimiento del código ético-deontológico y el procesamiento de las trasgresiones al mismo.

En Brasil, el Consejo Federal de Medicina (CFM), creada por Ley en 1945, es la institución encargada de la supervisión y regulación de la práctica médica, a través: del registro de médicos legalmente habilitados para ejercer la profesión; dictar y aplicar el código de ética, imponiendo sanciones luego de un proceso normado en su código de procedimientos del 2001. El CFM recibe procesos de apelación, que se presenta cuando una de las partes no está de acuerdo con la decisión adoptada por la primera instancia del proceso disciplinario, los Consejos Regionales de Junta Médica.

El Colegio Médico de Chile (CMCh) se crea por Ley en 1948, siendo su objeto: *el perfeccionamiento, la protección económica y social y la súper-vigilancia de la profesión de médico-cirujano*, norma que dispone además la colegiación obligatoria. En 1973, como parte de las políticas impulsadas por el gobierno militar, se deroga la obligatoriedad de afiliación a los colegios profesionales, quedando en suspenso el respaldo legal a la regulación ética del ejercicio médico, que hasta esa fecha llevaba a delante el CMCh. Pese a ello, mantuvo su actividad en base al acatamiento voluntario de sus miembros la autoridad ética del Colegio, que renovó y actualizó su código de ética en 1984. En el 2005, con el advenimiento de la democracia, el Congreso efectuó una reforma constitucional, que reconoce la facultad de los colegios profesionales para procesar las demandas por inconducta ética de sus miembros, dispone además tribunales especiales para juzgar a los profesionales no colegiados. El CMCh, ante la tendencia percibida de incremento en las denuncias en el ámbito judicial, organizó un Fondo de Defensa Legal Médica (FALMED) encargado de la defensa, en los procesos penales o civiles que se instauran contra los médicos, en base a la presunción de mal praxis. En 2004, según datos de FALMED, el promedio mensual de juicios por negligencia médica fue de 87, mientras que en el 2000 era 45 y, en 1998, 16.8.

Regulación judicial del ejercicio médico. Las modalidades del control judicial del ejercicio médico se ajustan a las características de los

ordenamientos jurídicos de cada país. En algunos, su administración de justicia se basa en el modelo de derecho romano-germánico, entre ellos la mayoría de los países de la Europa continental y de América Latina, que se caracteriza por el predominio de la norma legal escrita y previa, que obliga a los jueces a basar sus decisiones en ella; y, en otros, el modelo denominado *comon-law*, vigente en el RU y los EEUU, que se basa en la jurisprudencia previa y exige a los jueces que basen sus decisiones en aquellas que adoptaron otros jueces en caso similares del pasado.

En el RU, resulta interesante resaltar que las características de su sistema de salud, el National Health Service (NHS), completamente integrado y público, que ha posibilitado la adopción de una política nacional por la cual el NHS y las autoridades sanitarias son responsables de los actos y omisiones negligentes de todos sus trabajadores, incluyendo médicos y enfermeras. Esto implica que el NHS acepta la responsabilidad financiera en casos en los que se haya producido un daño negligente. En 1995, se estableció una Autoridad de Litigios del NHS (NHS-LA) que asume la representación del NHS y sus profesionales ante las demandas de pacientes y litiga a su nombre, cuenta con un fondo para el pago de indemnizaciones. En su último reporte (NHS Litigation Authority Report and Accounts 2014/15) informa el pago de más de £1.1 billones a pacientes dañados y un tercio de esa suma corresponde al pago de abogados de los demandantes.

Resulta especialmente interesante la iniciativa del gobierno de Escocia para cambiar el sistema actual del NHS, de no pagar una indemnización si no se ha demostrado judicialmente la responsabilidad legal de los daños al paciente, por otro en el que no hay necesidad de establecer la negligencia o culpa de los profesionales que atendieron al paciente, basta probar la relación entre la atención y el daño que resulta de ella. Busca también que la compensación sea no solo de carácter financiero sino orientado al restablecimiento de la persona dañada a la situación previa a la lesión, en la medida de lo posible. Esta modalidad de indemnización sin culpa (*no fault*), según sus promotores, representa costos que no son superiores a los actuales niveles de gasto en indemnizaciones y ya viene empleándose en Nueva Zelanda y Suecia;

constituye una alternativa mencionada cada vez más como necesaria frente a los inconvenientes de los sistemas actuales de reparación civil basados en la culpa. (Commissioned by the Scottish government report, 2012; Stephen, et al 2012).

Resulta también de interés la experiencia de los EEUU, donde la frecuencia de las demandas legales por mala práctica médica mantiene, a lo largo del tiempo, una tendencia creciente. Sharpe y Faden (1995), señalan que el número de demandas anuales por médico era 1 en 100, en 1950, aumentó diez veces, 10 en 100 en los años 1970. Asimismo, los montos de indemnización por daño al paciente son las más altas del mundo. Se han llevado a cabo diversos estudios sobre el tema que permiten apreciar las diversas características del problema. Entre ellos el de Localio y cols., (1991), quienes hallaron que solo 1 de cada 8 pacientes dañados presentaban demandas judiciales y que sólo la mitad de los demandantes lograban indemnización en el estado de Nueva York. Los autores se preguntan: ¿por qué son tan pocos los pacientes lesionados que entablan demandas? Y plantean las siguientes explicaciones posibles: muchos pacientes dañados reciben los beneficios del seguro de incapacidad o de salud y no desean deteriorar la relación con su médico; otros consideran que sus lesiones son leves; y, probablemente, muchos otros no llegan a reconocer una atención negligente. Asimismo, los abogados litigantes usualmente aceptan pocos casos, sólo aquellos con probabilidades de ganar, lo que está en relación con la posibilidad efectiva de probar la causa del daño. Concluyen que la tasa de demandas es un pobre indicador de la calidad del servicio y que el sistema de justicia civil, en muy pocos casos, compensa al paciente agraviado y rara vez enjuicia a los proveedores de servicios de salud, responsables de brindar atención de una calidad inferior al estándar.

Entre los países de la Europa continental, adscritos al modelo de derecho romano germánico, destaca Italia que de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud cuenta con el segundo sistema de salud en el mundo en calidad y accesibilidad; con una población que tiene uno de los índices más altos de expectativa de vida; y, tiene el mayor número de médicos involucrados en

procesos penales por negligencia médica (más de 10.000 nuevos procedimientos penales por año).

Traina (2009), informa que: las acciones legales en contra de los médicos en Italia eran alrededor de 15.000 al año; y, que los hospitales gastaban más de 10 mil millones de € (unos 15,5 millones de dólares americanos) para compensar a los pacientes lesionados por errores terapéuticos y de diagnóstico. El que la mayoría de reclamaciones en el país se efectúen por la vía penal se explica porque todo el gasto del litigio es cubierto por el Estado y no por el denunciante. A ello se suma que los procesos civiles suelen ser largos y el proceso penal no se opone a una demanda civil subsiguiente; y, con un juicio penal exitoso es posible lograr, a la vez, compensación monetaria y sanción penal. Asimismo, el autor señala que, entre 1996 y 2000, la cirugía ortopédica era la especialidad con mayor número de quejas por negligencia médica entre los países europeos. El elevado número de denuncias estimula la medicina defensiva, asimismo ocasiona que haya cada vez mayor dificultad en encontrar compañías de seguros dispuestas a asumir el riesgo. Se ha intensificado la búsqueda de soluciones alternativas como la resolución extra judicial de los litigios y la reforma del sistema judicial italiano en materia de juicios por mala praxis médica.

En América Latina destaca la experiencia de México que, en 1996, constituyó por ley la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), como órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica, que tiene la función de propiciar acuerdos entre médicos, servicios de salud y pacientes, que acuden voluntariamente a su ámbito o actuará a su solicitud como árbitros. Su consejo directivo está integrado por presidentes de las academias de medicina y cirugía y ocho representantes de la sociedad, nombrados por el presidente de la república. En los primeros 5 años de funcionamiento, de 24 mil 600 asuntos atendidos, fueron por vía asesoría y gestión, el 56% y conciliación y arbitraje, el 44% (Tamayo, 2002).

2.3. Bases teóricas

Epidemiología y aspectos conceptuales del error y el daño en el acto médico. Las denuncias que hacen los pacientes contra los médicos por daños en el curso de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, pueden estar asociados a la ocurrencia del error médico.

Epidemiología. En 1984 se llevó a cabo el Harvard Medical Practice Study (HMPS), estudio epidemiológico pionero y el más citado sobre eventos adversos y negligencia en pacientes hospitalizados, llevado a cabo en el estado de Nueva York. En una muestra de 31, 000 historias clínicas de pacientes hospitalizados en 51 hospitales, en 1984, hallaron una incidencia de eventos adversos del 3,7%, y de los cuales el 27,6% fue debido a negligencia. El 70,5% de tales eventos dio lugar a incapacidad que duró menos de seis meses, el 2,6% condujo a incapacidad permanente y el 13,6% a muerte. En base a estos resultados, los autores del HMPS, estimaron la tasa de lesiones intrahospitalarias a nivel de población general: de 2,6 millones de pacientes dados de alta de hospitales neoyorkinos, en 1984, cerca de 99,000 sufrieron lesiones incapacitantes y 13,400 murieron como resultado del tratamiento médico (Weiler et al., 1993).

En Canadá, como parte de un esfuerzo para la creación del Instituto de Seguridad del Paciente Canadiense, Baker et al., 2004, llevaron a cabo un estudio sobre eventos adversos. Estimaron que el 7,5% de los pacientes admitidos a un hospital de atención de agudos, durante el año 2000, experimentó uno o más eventos adversos. De ellos, se juzgó como casos potencialmente previsibles el 36,9%. Los autores resumen en el cuadro 1 los estudios sobre el tema.

Cuadro 1. Estudios epidemiológicos sobre eventos adversos

Autores	Población	% EA	%EA Previsible
Baker et al (2000)	20 hospitales canadienses (n= 3745)	7,5	36,9
Thomas et al (1992)	28 hospitales de Utah y Colorado (n = 14 700)	2,9 (3,2)	NR
Wilson et al(1992)	28 hospitales en New South Wales y South Australia (n = 14 179)	16,6	51,0
Brennan et al. (1984)	51 hospitales de Nueva York (n = 30 195)	3,7	NR
Vincent et al (1999-2000)	2 hospitales en Londres (n=1014)	10,8	48,0
Davis et al (1998)	13 hospitales New Zealand (n = 6579)	12,9	37,0

Recientemente, en un artículo publicado en el *British Medical Journal*, Makary y Daniel, (2016), estiman una tasa media de muerte por error médico de 251,454 anual en los Estados Unidos, en base a estudios del informe del IOM de 1999 y extrapolando al número total de los ingresos hospitalarios en el 2013. Señalan que esta cifra subestimaría la verdadera incidencia de muertes debido a que los estudios citados se basan en errores médicos extraídos de las historias clínicas e incluyen sólo muertes de pacientes hospitalizados. A pesar de que sus estimados son una extrapolación a la población norteamericana en base a estudios previos, lo que limita su precisión, la ausencia de datos actualizados pone de relieve la necesidad de una medición sistemática del problema. Finalmente afirman que si ubican sus cifras en la estadística de causas de muerte que publica el Centers for Disease Control (CDC), los errores médicos resultarían siendo la tercera causa más común de muerte en el país.

La segunda víctima. Paralelamente a los estudios epidemiológicos del error médico, en el ámbito legal se percibe que las demandas contra médicos vienen incrementándose sostenidamente en las últimas décadas. Así, Vásquez (citado por García, 2010), dice que si revisamos en cualquier repertorio de jurisprudencia que tenga más de treinta años, difícilmente encontraremos algún fallo -absolutorio o condenatorio- en el cual se ventilen cuestiones referidas al accionar de los profesionales de la salud. En la actualidad, sin embargo, el panorama ha cambiado radicalmente, toda vez que las demandas por responsabilidad civil contra médicos y establecimientos de salud son abundantes, tanto así que no se ha dudado en calificar dicha situación como la *fiebre de la responsabilidad médica*. En opinión del autor no es que ahora los médicos actúen con mayor negligencia que antes, sino que han perdido la *histórica inmunidad*, en mérito a la cual sólo estaban sometidos a las reglas de la ética profesional o a su conciencia y sus actos dañosos no se traducían en sanción jurídica sino que se limitaban al desprestigio social. Incluso se pensaba que el médico no podía equivocarse y si algo malo le ocurría al paciente, era recibido como producto de la voluntad de Dios o como una fatalidad del destino. Cita a Gregorio Maraón quien dice: “inclusive a mediados de la década del cuarenta del siglo pasado aún se sostenía que un enfermo debe aceptar un margen de inconvenientes y de peligros derivados de la medicina y del médico mismo, como un hecho fatal, como acepta la enfermedad misma”.

Entre las posibles causas del incremento a las demandas contra médicos, García Huayama señala: la menor tolerancia frente a los riesgos de los ciudadanos; la *codicia* de algunos abogados inescrupulosos que plantean reclamaciones cada vez más absurdas sin importarle la trascendencia de sus acciones. El médico ve como su prestigio deteriora debido que se desvanece ante sus propios ojos, experimentando resentimiento y considerando a los pacientes como enemigos potenciales a ser demandado.

En perspectiva médica, Visillac (2010), representante de la profesión médica argentina, en la asamblea anual de la Confederación Médica de Latinoamérica y el Caribe (CONFEMEL), celebrada en Lima, en el año 2010, señala que los

médicos que sufren un juicio, generalmente indebido y como parte de la imparable industria de la judicialización del acto médico, sufren graves consecuencias en su salud psicofísicas. Hoy en día, estas alteraciones están descritas en lo que se ha dado en llamar el síndrome judicial. Las consecuencias que sufre el médico son muy graves cuando se entera que está demandado e incluso aunque esta no llegue a convertirse en un juicio.

Se denomina síndrome Judicial a un grupo de alteraciones psicofísicas y morales que padecen un gran número de profesionales cuando son requeridos por la justicia y debe transitar una situación procesal. El simple hecho de la demanda puede llevar al desequilibrio psicofísico-emocional del demandado, actuando como una verdadera noxa que afecta de forma inespecífica a todo el organismo, desencadenando cuadros de estrés agudo o crónico, que pueden provocar graves daños inclusive la muerte.

Diversos estudios dan cuenta de que el impacto de las demandas ético-deontológicas y legales no es en ningún modo una consecuencia menor (Wienke, 2013; Santomauro, et al, 2014). Bourne et al. (2015), en una encuesta anónima en la que participaron 7,926 médicos, hallaron que aquellos que soportan quejas recientes o actuales tienen un riesgo significativo de depresión moderada o severa depresión, ideación suicida y ansiedad.

¿Por qué se producen los errores médicos?

La evidencia epidemiológica que muestra la magnitud del error médico lleva a preguntarse por las causas, particularmente, de aquellas evitables a la luz del conocimiento médico actual.

McIntyre y Popper (1983) sostienen que la antigua concepción de incremento en el conocimiento científico postula que este se desarrolla por acumulación, descubrimos y reunimos cada vez más hechos. Aunque este punto de vista no es del todo erróneo, el conocimiento crece, más frecuentemente, a través del reconocimiento del error y desterrando teorías erróneas. Sin embargo, diversas razones vinculadas a la propia naturaleza del trabajo médico y a una especial valoración de la confianza en las habilidades y conocimientos

profesionales para una adecuada relación médico paciente, se ha mantenido y hasta consolidado una renuencia a hablar claramente del error y reconocer su frecuencia en la atención de salud. Así, se privan de un estudio sistemático y continuo de los errores que cometen los médicos, lo que significa renunciar a la única fuente efectiva para prevenir futuros errores y mejorar su práctica.

En efecto, el tradicional enfoque médico, legal y administrativo se ha orientado a establecer responsabilidades individuales por los errores en la atención de pacientes; a diferencia de otros ámbitos de actividad de alto riesgo, tales como el aeroespacial y el de la energía nuclear, que lograron elevar sustancialmente sus niveles de seguridad desde un enfoque sistémico, que condujo al rediseño de los procesos para minimizar el riesgo de error humano.

Por su lado, Leape (1994) postula una aproximación basada en los estudios que han avanzado la psicología cognitiva y la ingeniería en relación con el error humano, que primero debe entenderse los mecanismos de la cognición normal para comprender por qué se producen. Apelando a los trabajos de Reason (1990), señala que gran parte del funcionamiento mental es automático y funciona en forma rápida y sin esfuerzo, lo que es posible porque contamos con una amplia gama de modelos mentales, que operan casi automáticamente cuando son requeridos para procesar información en paralelo, y sin un esfuerzo consciente. Además de este procesamiento inconsciente, llamado *modo de control esquemático*, las actividades cognitivas pueden ser conscientes y controladas, este *modo de control de la atención* o pensamiento consciente, se utiliza para la resolución de problemas así como para controlar la función automática. Éste se pone en juego cuando nos enfrentamos a un problema nuevo, o como resultado de fallas del *modo de control esquemático*. En contraste al procesamiento paralelo rápido del *modo de control esquemático*, el procesamiento en el segundo modo es lento, secuencial, esforzado y difícil de sostener. Rasmussen y Jensen clasifican el rendimiento humano en tres niveles, basado en: 1) habilidad conformada por patrones de pensamiento y acción que se rigen por instrucciones pre programadas (esquemas), en gran medida inconsciente; 2) reglas, en el que soluciones a problemas familiares se rigen por reglas almacenadas del

modelo, si X entonces Y; y 3) conocimiento, o el pensamiento sintético, que se utiliza para las situaciones nuevas que requieren procesamiento analítico consciente y conocimiento previo.

Cualquier desviación de la rutina, esto es, un problema, requiere una solución basada en regla o conocimiento. Los seres humanos prefieren el reconocimiento de patrones para el cálculo, por lo que tienen un sesgo fuertemente orientado a buscar una solución preparada antes de recurrir a una alternativa más ardua basada en el conocimiento. Aunque los tres niveles pueden ser usados de forma simultánea, con el aumento de experticia se pasa del funcionamiento basado en el conocimiento hacia el basado en habilidades. Los expertos tienen un repertorio más amplio de esquemas y reglas de solución que los novatos, que están formulados a un nivel más abstracto. En este sentido, conocimiento experto, significa tener que recurrir rara vez a un funcionamiento basado en el conocimiento razonado.

Los errores han sido clasificados por Reason y Rasmussen en cada nivel del funcionamiento, aquellos basados en habilidades se denominan *patinadas* o fallas; por el contrario, los basados en regla y conocimiento son errores del pensamiento consciente y se denominan equivocaciones.

En tanto la actividad basada en la habilidad es automática, una *patinada* se produce cuando hay ruptura en la rutina. Hay diversos mecanismos que conducen a ésta y uno común es el *error por captura*, en el que un esquema que se utiliza con frecuencia toma el relevo de otro similar, pero menos familiar. Por ejemplo, si la secuencia de acción habitual es ABCDE, pero sí en esta ocasión la secuencia planificada cambia a ABCFG, luego, la atención consciente debe estar en vigor después de C o lo que se ejecute será el patrón más familiar. Un ejemplo cotidiano es el de un viaje en el que en su primer tramo es al que estamos familiarizados, si la atención no está al mando conduciremos al trabajo en lugar de al nuevo destino.

Otro mecanismo es el error *de descripción*, en el que se efectúa la acción correcta pero sobre un objeto equivocado, tal como poner azúcar en lugar de

sal. Los *errores de activación de asociaciones* son resultados de asociaciones de ideas, como contestar el teléfono cuando suena el timbre. Los *errores de pérdida de activación* son por falla temporal de la memoria, tal como entrar en una habitación y no recordar por qué se quería ir allí. Éstos son causados frecuentemente por interrupciones.

Una variedad de factores pueden desviar la atención y hacer más probables las *patinadas*. Los factores fisiológicos incluyen: fatiga, pérdida de sueño, alcohol, drogas, y enfermedad; y los psicológicos incluyen: la recarga de actividades (*ajetreo*), así como los estados emocionales tales como aburrimiento, frustración, miedo, ansiedad, o ira. Todos estos factores conducen a preocupaciones que desvían la atención. Aunque los factores psicológicos son considerados internos o endógenos, pueden ser causados por una serie de factores externos tales como: exceso de trabajo, relaciones interpersonales y muchas otras formas de estrés. Los factores ambientales como: ruido, calor, estímulos visuales, movimiento, y otros fenómenos físicos, también pueden causar distracciones que desvían la atención y llevan a *patinadas*.

Los errores basados en reglas se producen por lo general durante la solución del problema. Generalmente cuando una regla se elige mal, ya sea debido a: una percepción errónea de la situación y, por lo tanto, se aplica la incorrecta; o una mala aplicación de la regla, usualmente la de uso frecuente que parece la adecuada. El error resulta de una experticia mal aplicada.

Los errores basados en el conocimiento son mucho más complejos. El actor se enfrenta a una situación novedosa para la que no posee una solución programada. Los errores surgen debido a falta de conocimiento o mala interpretación del problema. Se prefiere aplicar patrones a calcular, pero a veces se usa patrones erróneos. Se han identificado ciertos hábitos de pensamiento que altera la selección de patrones o el cálculo y da lugar a errores. Estos procesos son malamente comprendidos y rara vez son reconocidos por el actor. Uno de estos procesos es la memoria sesgada. Las decisiones se basan en lo que está en nuestra memoria pero está sesgada

hacia los patrones familiares, la generalización excesiva y sobre regulación del lugar común. Vemos lo que sabemos. Los patrones familiares que funcionan se suponen, por lo general, que tienen aplicabilidad universal.

Paradójicamente, la memoria puede estar sesgada también haciendo más énfasis en lo discrepante. Una experiencia contradictoria puede dejar una impresión exagerada, lejos del peso de su importancia estadística (p. e., un caso excepcional o un error diagnóstico). Otro mecanismo es la *heurística de disponibilidad*, la tendencia a utilizar la primera información que viene a la mente. Se relacionan con sesgos de confirmación, la tendencia a buscar la evidencia que apoya la hipótesis de trabajo y hacer caso omiso de los datos que contradictorios, el exceso de confianza, la tendencia a creer en la validez del curso de acción elegido y centrarse en la evidencia de que la favorece.

El funcionamiento basado en reglas y conocimiento se ven afectados por las mismas influencias fisiológicas, psicológicas y ambientales que producen las *patinadas*.

Se ha dedicado una gran cantidad de investigación a los efectos del estrés en el rendimiento. A pesar de que es difícil, a menudo, establecer relaciones causales entre el estrés y accidentes específicos, no hay duda de que los errores se incrementan bajo estas circunstancias. De otro lado, el estrés no es del todo malo. Hace un tiempo atrás se sabe que "un poco de ansiedad mejora el rendimiento." En 1908, Yerkes y Dodson demostraron que el rendimiento mejora en niveles moderados de excitación y la pobre performance se produce en los dos extremos, el aburrimiento y el pánico.

La pérdida de atención bajo estrés es frecuente en una emergencia en la que se prefiere una sola fuente de información, la *primera solución en llegar*.

La *reversión bajo estrés*, es un fenómeno en la que los patrones de comportamiento aprendidos recientemente se sustituyen por los más antiguos, más familiares, incluso si no son apropiados para la situación.

La compleja naturaleza de la cognición, los caprichos del mundo físico, la inevitable escasez de información y esquemas muestran que los humanos

normales cometen múltiples errores, todos los días. Las *patinadas* son comunes, ya que gran parte de nuestras funciones mentales son automáticas, pero la tasa de error en los procesos basados en el conocimiento es mayor.

Mientras que una falla de la persona que actúa puede ser la *causa* próxima del accidente, las causas fundamentales estaban ya presentes, a menudo, en el sistema durante mucho tiempo. Todo estaba *preparado* para fallar por un mal diseño, mantenimiento defectuoso o decisiones de gestión equivocadas. Los accidentes rara vez son el resultado de un solo error. Las defensas del sistema y las habilidades de los operarios de primera línea para identificar y corregir los errores antes de que se produzca un accidente hacen altamente improbables que se suceda por un único yerro. Más bien, los accidentes típicamente son el resultado de una combinación de errores latentes, activos y una brecha en las defensas. El evento desencadenante puede ser un mal funcionamiento relativamente trivial o una falla individual.

Reason (1990; 2000) utiliza la figura del *queso suizo* para exponer su enfoque sistémico de la producción de accidentes que muestra una aplicación precisa en el trabajo de los servicios de salud. En este enfoque, defensas, barreras y salvaguardas ocupan una posición clave en la prevención. Algunos sistemas se basan en elementos físicos específicamente diseñados (alarmas, barreras mecánicas, cierres automáticos, etc.), otros en las personas (cirujanos, anestesistas, pilotos, controladores, supervisores etc.), y procedimientos administrativos. Su función es proteger a las víctimas y bienes materiales de los peligros. La mayoría de ellos lo hacen de manera muy eficaz, pero siempre hay puntos débiles. En un mundo ideal, cada capa defensiva permanecería intacta. En la realidad, sin embargo, son más como rebanadas de queso suizo, que tiene muchos agujeros, aunque al contrario que en el queso, estos agujeros se abren y cierran continuamente, cambiando su ubicación. La presencia de agujeros en cualquier rebanada del queso no causa ningún mal. Por lo general, sólo sucede cuando los agujeros de muchas capas, en un momento determinado, se alinean para permitir que el riesgo de accidente encuentre la oportunidad de ponerse en contacto con la víctima y producir daño. La conclusión es clara: no podemos cambiar la falible condición

humana, pero podemos cambiar las condiciones bajo las cuales trabajan los seres humanos.

Determinación del error médico. Otro de los aspectos importantes a tomar en cuenta desde un punto de metodológico es el problema de como determinar la existencia de un error médico y más aún cuando éste es evitable. En efecto, la identificación de errores médicos se basa, por lo general, en una revisión retrospectiva de casos por pares. Esta metodología ha sido usada en los estudios epidemiológicos de Nueva York, Utah y Colorado, así como en auditorías médicas para evaluar calidad de la atención de salud y en las que se efectúan con propósitos administrativos y legales.

Las principales críticas a la metodología de revisión retrospectiva de casos es resumida por Localio et al (1996): 1) resulta difícil que los expertos lleguen a coincidir en la valoración de cuáles resultados son adversos; 2) la tecnología médica cambia rápidamente, crea incertidumbre sobre idoneidad y eficacia de los procedimientos; y 3) los costos para determinar causalidad en casos individuales llegan a ser altos. Los autores hallaron que en el 12,9% de los casos (971 de 7533) dos médicos evaluadores del caso tuvieron desacuerdos extremos sobre la ocurrencia de un evento adverso y coincidieron el 10% (n = 757). La coincidencia entre evaluadores fue mayor en casos de infecciones de la herida operatoria y menor en eventos adversos atribuidos a la falta de diagnóstico o de terapia. La experiencia de los médicos en revisión de historias clínica tendió a aumentar el nivel de acuerdo pero el rango de variación entre revisores fluctuó entre 9,9% y 43,7% ($p < .001$). Concluyen que las revisiones con criterios implícitos producen desacuerdo sobre las causas de los eventos adversos por lo que resulta necesario desarrollar métodos para superar la tendencia al desacuerdo entre los expertos.

De otro lado, Andrews y col. (1997) cuestionan los datos sobre frecuencia de eventos adversos en hospitales, porque no resulta seguro que las historias clínicas representen un registro fidedigno. Los autores, a diferencia de la definición usada en el HMPS, proponen que se considere como *evento adverso* aquella situación en la cual se tomó una decisión inapropiada cuando,

en ese momento y teniendo en cuenta la información disponible, se podía haber elegido una alternativa apropiada. Aplicando este criterio encontraron una tasa de eventos adversos mayor que la reportada en los estudios retrospectivos, de los 1047 pacientes en el estudio 185 (17,7%) tuvieron al menos un evento adverso grave y los pacientes con enfermedad subyacente de mayor gravedad, con largas estancias en el hospital tuvieron más eventos; el 37,8% de los cuales fueron causadas por un individuo, 15,6% tenían causas interactivas y 9,8% se debieron a decisiones administrativas.

El control ético deontológico del ejercicio médico en el Perú

La norma legal que crea el Colegio Médico del Perú (CMP), la Ley 15173 modificada por el Decreto Ley 17239, en su artículo 5to, establece entre sus fines institucionales: a) *Velar por que el ejercicio de la profesión médica se cumpla de acuerdo con las normas deontológicas contenidas en el Código de ética profesional que el Colegio dicte.* Es decir, que mediante esta norma el Estado delega en un órgano autónomo, el CMP, la dación de un código deontológico de cumplimiento obligatorio cuya infracción acarrea. Al respecto, el artículo 11 de la misma ley señala:

En los casos de infracción al Código de Ética Profesional o de las Resoluciones emanadas por los Consejo Nacionales cometidas por los profesionales colegiados, el Colegio le hará conocer su extrañeza y según sea el caso lo expulsará de su seno. La suspensión no podrá ser mayor de un año y en caso de reincidencia, no mayor de dos años, las suspensiones y expulsiones que emanen de los Consejos Regionales deberán ser ratificadas por el Consejo Nacional para poder entrar en vigor. En el caso de condena judicial que imponga inhabilitación, el Colegio procederá a la suspensión por el tiempo que dure la condena. El reglamento establecerá las condiciones necesarias para la rehabilitación y señalará el procedimiento a seguir en todos los casos de aplicación de sanciones y las atribuciones que correspondan a cada una de las instancias.

En aplicación de la norma legal, el código de ética y deontología del CMP entró en vigencia en 1970. Ha tenido sucesivas revisiones en los años 1997,

2000 y 2007. Los preceptos contenidos en el código relacionados con el deber de no hacer daño, han ido ganando en precisión y énfasis en sus sucesivas versiones.

En efecto, en la primera versión del Código de 1970, la sección dedicada a normar la relación médico paciente, contiene mandatos generales tales como *todos los actos de aplicación de la capacidad técnica deben estar subordinados al más elevado sentido ético; el médico debe tratar al paciente con lealtad, decoro, sagacidad y cortesía, con profundo respeto a la dignidad humana; Debe dedicar a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada.* Asimismo, al prescribir que el médico no debe exponer al paciente a riesgos injustificados, reserva el deber de pedir el consentimiento escrito del paciente: *para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicarle intervenciones que puedan afectarle físicamente.*

La segunda versión aprobada en 1997, pone énfasis y mayor concreción en la atención diligente del paciente al prescribir que: *Es contra la ética, tanto en el ejercicio público como privado de la profesión, propiciar y/o dar atención descuidada, superficial o incompleta. El médico debe disponer del tiempo necesario para la aplicación de sus conocimientos en una exploración adecuada del paciente. El acto médico apresurado o irresponsable constituye abuso de la confianza o ignorancia del paciente lo cual es falta grave a la ética.* Si bien mantiene el requerimiento del consentimiento escrito para tratamientos especiales o riesgosos, recalca el deber de informar sobre ellos al paciente y/o familiares y el derecho a revocar el consentimiento.

La tercera versión vigente desde el año 2000, contiene varias innovaciones: en la sección primera dedicada a la declaración de principios incorpora, explícitamente, los principios de beneficencia y no maleficencia, y en la cuarta titulada: *De la atención del paciente*, una relación pormenorizada de derechos del paciente que el médico debe respetar, que contiene fórmulas mucho más concretas para normar la atención diligente y, al mismo tiempo, amplía la obligación de informar y obtener el consentimiento del paciente: *antes de cualquier procedimiento y tratamiento” lo cual refuerza al prescribir en otro*

artículo que *“toda intervención o procedimiento médico debe ser realizada con el consentimiento informado del paciente (el subrayado es nuestro). Asimismo, reitera la norma que proscribe *el propiciar y/o dar atención descuidada, superficial o incompleta al paciente.**

La cuarta versión vigente desde el 2007, mantiene la orientación de sus antecesores, la de promover la atención del paciente en forma cuidadosa, exhaustiva, completa, tomando el tiempo necesario de acuerdo a la naturaleza del problema clínico y a proscribir el actuar de modo apresurado e irresponsable en detrimento de la calidad de la atención. A diferencia de los códigos anteriores precisa que, *para la realización de actos médicos que requieran procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual, se les comuniquen en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo* (el subrayado es nuestro).

Es importante constatar que esta cuarta versión contiene un aspecto de la relación médico paciente no abordado explícita y específicamente en las anteriores versiones, al señalar que: *El médico debe estar alerta de la intensidad afectiva que se genera en la atención del paciente debiendo proteger a su paciente y a sí mismo del riesgo de ingresar en una relación sentimental y/o sexual con él o ella.* Notoriamente, esta es una cuidadosa formulación para referirse a un ámbito problemático de la relación médico paciente, en el que frecuentemente hay casuística de abuso y maltrato a pacientes, en la experiencia nacional e internacional.

Con respecto a la conceptualización del deber de no hacer daño el Comité de Ética y Deontología Médica de la Academia Nacional de Medicina (Perales et al, 2010) ha realizado un aporte significativo al proponer al CMP una nueva definición de mala práctica médica que permite el análisis del conjunto de variables involucradas:

Práctica inadecuada, no diligente del acto médico, que produce variable grado de daño, transitoria o definitiva, en una o más personas. Depende de dos variables: a) Acción u omisión vinculadas a negligencia, impericia y/o imprudencia del médico b) Fallas en la organización del sistema institucional de atención de salud donde tal hecho se produce” (p. 72-73)

Señalan que esta definición, al incluir las dos variables causales de la mala práctica médica, obligará a quien juzgue actos médicos -sean autoridades de salud, pares, opinión pública u otros- a evaluar ambos factores y no creer que con sólo “castigar al culpable” se resuelve el problema. Asimismo, por lógica deducción de responsabilidad compartida (profesional- sistema de salud), se hace evidente la necesidad del enfoque preventivo para evitar la ocurrencia de nuevos casos. En cada caso que ocurra error médico obligará a mejorar las defensas del sistema corrigiendo las fallas institucionales para prevenir su ocurrencia.

En diversas ocasiones, el CMP ha realizado estudios, llevado a cabo debates y formulado propuestas de estrategias de prevención del daño a pacientes en los servicios de salud. Uno de estos aportes, particularmente importante, se dio en torno a la presentación de diversas iniciativas legislativas orientadas a la instauración de un seguro obligatorio de responsabilidad médica y de los servicios de salud, en el Congreso de la República, entre los años 2003 y 2009. Documentos relevantes de comités e investigadores sobre el tema están recogidos en Cuadernos de Debate del CMP de enero de 2011, dedicado al Acto Médico que contiene dos informes particularmente importantes el *Informe del Comité Ad-Hoc para la investigación de las causas y efectos de eventos adversos en el ejercicio del acto médico, sobre caso de error en el sitio quirúrgico* (Bazán et al. 2011); y, el *Informe de la Comisión de Alto Nivel encargada de analizar propuestas legislativas para la creación de un seguro de responsabilidad médica* (Vargas et.al 2011). En ellos se formulan una apreciación de los condicionantes directos e indirectos que contribuyen a las crecientes cifras de denuncias ético-deontológicas y legales

contra médicos, otros profesionales y los establecimientos de salud, asimismo se formulan recomendaciones para mejorar la seguridad y calidad de la atención de salud y fórmulas alternativas de resolución de conflictos entre médicos y pacientes.

La responsabilidad civil del médico en el ordenamiento jurídico peruano

En Derecho, la naturaleza y los alcances de la responsabilidad médica en materia civil, es decir, la obligación de resarcir el daño que pudiera haberse ocasionado al paciente en el curso de su atención, ha ido evolucionando desde sus primeras formulaciones, básicamente sancionadoras, hasta una perspectiva moderna que reconoce que ella debiera cumplir con la función no sólo de compensación del daño sino también de prevención. Sin embargo, hasta el presente no se han dado fórmulas que gocen de plena aceptación para cumplir tales cometidos y las existentes son motivo de controversia jurídica. La ausencia de mayor consenso en esta materia surge de las peculiares características del quehacer médico, sometido a intensos cambios tecnológicos, sociales y por la complejidad organizacional que han alcanzado los sistemas de salud en la sociedad contemporánea.

Respecto a la responsabilidad civil del médico existen diversos temas en debate y, entre ellos, resaltan cuatro vinculados a las decisiones más frecuentes que toman los tribunales en materia médica. Estos son: 1) la regla de atribución de la responsabilidad civil; 2) la naturaleza contractual o extracontractual de la responsabilidad médica; 3) si la responsabilidad del médico es de medios o resultados; y, 4) los alcances del artículo 1762 del código civil peruano.

La regla de atribución de la responsabilidad civil. En el Perú, para que un médico sea civilmente responsable ante la ley, por daños al paciente que se producen en el ejercicio de su profesión se deben determinarse si su conducta, activa o pasiva, ha producido un daño evitable, en función de : los conocimientos médicos vigentes, los medios con los que contaba en circunstancias concretas en las que atendió al paciente para determinar, así,

si tuvo culpa del daño y, por tanto, tiene la responsabilidad de repararlo. En nuestro medio está vigente el principio que afirma que, si no hay daño no hay culpa y si no hay culpa no hay responsabilidad.

Por su lado, Agurto (2010) señala que la jurisprudencia nacional considera que la base de la imputación de responsabilidad médica es la denominada *culpa profesional*. Lorenzetti (2005), citando a Trigo Represas, dice que es aquella en la que incurre una persona que ejerce una profesión, al faltar a los deberes especiales que ella le impone, es pues una infracción típica concerniente a ciertos deberes propios de una determinada actividad. Esta concepción otorga un estatus especial a los actos de los profesionales de la salud, que no son sancionados en virtud de reglas genéricas de la culpa sino, solamente, en casos en los que exista una notoria negligencia o imperdonable imprudencia o un abandono de los más elementales deberes profesionales.

La Ley general de salud (1997), en el capítulo I del ejercicio de las profesiones médicas y afines de actividades técnicas y auxiliares en el campo de la salud, art. 36 establece que: “Los profesionales, técnicos y auxiliares a que se refiere este capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionan al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades”. Y, su art. 48 dispone que: “El establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es solidariamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente, derivados del ejercicio negligente, imprudente o imperito de las actividades de los profesionales, técnicos o auxiliares que se desempeñan en éste con relación de dependencia. Es exclusivamente responsable por los daños y perjuicios que se ocasionan al paciente por no haber dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que ellos se produjeran, siempre que la disposición de dichos medios sea exigible atendiendo a la naturaleza del servicio que ofrece”.

En cuanto a la imputación del daño médico, Woolcott (2010), afirma que la legislación peruana vista en su conjunto, ha optado por la culpa profesional en su acepción más amplia al comprender la negligencia, la imprudencia y la

impericia, siguiendo de esa forma la línea que predomina en el derecho comparado para la determinación de responsabilidad médica.

En otras latitudes, existen desarrollos que están siendo objeto de estudio para su implementación e incluso ya se han llevado a la práctica en países como Nueva Zelandia, Suecia y Escocia. En éstos la atribución de responsabilidad no requiere la demostración de culpa y la indemnización es asumida por el sistema de salud, mediante mecanismos diversos y no individualmente por los profesionales de la salud, en virtud de una comprensión sistémica de la producción del error y daño médico (Stephen, 2012). La experiencia sueca se da en el marco de un sistema altamente desarrollado de la seguridad social, que indemniza a los pacientes dañados por actos médicos con recursos de un fondo especial. Así, se logra separar el resarcimiento del daño de la obligación. La mayoría de las veces resulta difícil de probar la culpa del médico, que conduce a litigios prolongados y costosos, al cabo de los cuales muchos de los demandantes no logran indemnizaciones aunque tuviera mérito para ello (Woolcott, 2010).

La naturaleza contractual o extracontractual de la responsabilidad médica. En países como Alemania, Italia, Inglaterra y los Estados Unidos, aunque con algunas diferencias, predomina el tratamiento de la responsabilidad civil de los médicos dentro del ámbito de lo extracontractual, mientras que en Francia se tiende a considerarla en el de contractual. En el derecho peruano no existe un consenso general, mientras un sector plantea la responsabilidad extracontractual especialmente frente a la infracción del consentimiento informado del paciente y, por ende, es aplicable la cláusula normativa general de la primera parte del art. 1969 del código civil, otro plantea la responsabilidad por incumplimiento de los deberes asumidos directamente por el médico frente al paciente, la contractual y por ende ha de aplicarse lo estipulado por el art. 1314 y siguientes del código. No obstante, cierto sector de juristas ha advertido que ante los daños en el campo sanitario existe una zona intermedia en la que ambos tipos de responsabilidad (contractual o aquiliana y extracontractual) se confunden, es decir, que como consecuencia

del incumplimiento del contrato surge además la violación del deber genérico de no causar daño a otro.

En la misma línea de pensamiento, Woolcott (2010), señala que dado que la legislación especial, esto es, la ley general de salud peruana no contiene normas específicas referidas al régimen de responsabilidad, más allá de la opción por la imputación basada en la culpa profesional, los jueces aplican lo establecido en el código civil, que contempla una regulación para la responsabilidad extracontractual y otra para la contractual, así, la jurisprudencia oscila en la calificación de la responsabilidad médica. Dice la autora: “no cabe dudar de la inexistencia de una clara línea jurisprudencial nacional, el panorama genera incertidumbre sobre la aplicación de cualquiera de los dos regímenes de responsabilidad civil”. La cuestión, sin embargo, parece muy definida para otros juristas, así, García (2010) sostiene que: “como regla general la responsabilidad del prestador de salud frente al paciente es de tipo contractual”.

Uno de los pocos defensores contemporáneos de la tesis de responsabilidad extracontractual de los médicos es el jurista argentino Guillermo Borda (citado por Lorenzetti, 2010 pp 13-15), quien señala que aunque la mayoría de la doctrina sostiene que entre médico y paciente se celebra un contrato, los supuestos extracontractuales son numerosísimos, lo que permite sostener que la responsabilidad profesional no surge de una convención sino de las obligaciones que impone el ejercicio de la profesión, haya o no contrato, es decir, que el deber de responder se desenvuelve en el terreno casi delictual. Agrega que, si bien en ocasiones existe consentimiento recíproco en la prestación de salud, el paciente tiene derecho a no continuar con el tratamiento por diversas causas (sea porque le resulta molesto, no quiere o no puede gastar en remedios e inclusive por mero capricho), por lo tanto, no es posible admitir la existencia de un contrato en el que cada una de las partes puede resolverlo libremente.

Finalmente Lorenzetti concluye que: “no hay duda que, por regla general, se celebra entre médico y su paciente un contrato y, consecuentemente, la

responsabilidad emergente será de esa índole. No obstante, reconocemos también que existen diversas situaciones en las que la responsabilidad del galeno tendrá naturaleza extracontractual como en las siguientes: a) en caso de que el paciente fallezca como consecuencia de la atención médica y quienes reclaman son los familiares; b) servicios requeridos por un tercero, distinto del paciente, siempre que no haya representación legal o voluntaria; c) prestación realizada contra la presunta voluntad del beneficiado (caso de suicida que es atendido por un facultativo); d) servicios prestados espontáneamente en casos de urgencia; e) la atención de un incapaz, de hecho sin poder comunicarse con su representante legal; f) si el contrato celebrado entre facultativo y paciente es nulo por carecer de alguno de sus elementos esenciales”.

En la práctica, la importancia de cómo se considere la naturaleza contractual o extracontractual de la responsabilidad civil que le atañe al médico radica en que, según sea el caso, en la primera la carga de la prueba le corresponde al demandante mientras que en la segunda le corresponde al demandado. El plazo de prescripción de la responsabilidad contractual es de 10 años mientras que en la extracontractual es de dos. En la magnitud del resarcimiento los plazos de prescripción de la responsabilidad son diferentes, toda vez que en la contractual, según el art. 1321 del CC, el demandado, en caso de encontrársele responsabilidad, sólo responde por daños y perjuicios que podían preverse al momento de constituir la obligación; mientras que en el extracontractual, según el art. 1969, responde por daños y perjuicios tanto previsibles como imprevisibles, ya sea que actuara con culpa o con dolo.

Todo este debate en torno a la necesidad de distinguir entre responsabilidad civil contractual y extracontractual, para calificados autores de la doctrina jurídica foráneos y locales, debe ser superado. Al respecto, resulta especialmente ilustrativa la posición de Espinoza, quien sostiene que: “Hace algunos años expresé, siguiendo a la corriente dominante de la doctrina jurídica contemporánea, que: *“la discusión sobre la distinción entre la responsabilidad contractual y extracontractual se torna en bizantina, por cuanto, en ambas se produce un daño y el derecho debe intervenir para*

repararlo. No importa el origen del daño, sino como solucionar sus consecuencias. No importa el agente dañoso sino el dañado. Hoy, con satisfacción, puedo comprobar que ésta es la orientación de la doctrina nacional más autorizada. Con razón, ahora se afirma que *nunca hemos encontrado justificativo que explique el por qué, de un mismo hecho dañoso, que puede generar un mismo tipo de daño, puedan aplicarse regímenes de responsabilidad distintos, con cobertura de daños distintos.* Mientras tanto este parecer unificador se materializa en el ordenamiento jurídico nacional y sea criterio uniformemente seguido por los jueces, el mismo Espinoza continúa: “Si se sigue el criterio de incompatibilidad entre la responsabilidad contractual y extracontractual, asumido por el formante legislativo nacional, se llegará a la conclusión de que la responsabilidad civil del profesional, por haber incumplido una obligación pre-existente, es contractual”.

A fin de esclarecer el tema es importante mencionar la *Sentencia 0001-2005-PI/TC* del Tribunal Constitucional, dada su jerarquía jurídica, sobre la responsabilidad civil y sus tipos, en la que dice:

Cuando el daño es consecuencia del incumplimiento de una obligación voluntaria, se habla en términos doctrinarios de responsabilidad civil contractual, y dentro de la terminología del Código Civil Peruano de responsabilidad derivada de la inejecución de obligaciones. Por el contrario, cuando el daño se produce sin que exista ninguna relación jurídica previa entre las partes, o incluso existiendo ella, el daño es consecuencia, no del incumplimiento de una obligación voluntaria, sino simplemente del deber jurídico genérico de no causar daño a otro, nos encontramos en el ámbito de la denominada responsabilidad civil extra-contractual.

La responsabilidad del médico es de medios o resultados. En general se sostiene que la responsabilidad de los médicos es cumplir con una obligación de medios, es decir, aportar una debida diligencia en la atención del paciente a su cargo, esto es, no tiene la obligación de conseguir una cura al problema de salud sino de procurar emplear todos los medios necesarios para ello. El

parámetro para distinguir si el médico actuó en cumplimiento de tal obligación es la denominada *lex artis*.

En *Responsabilidad civil de los profesionales sanitarios*, Fernández (2004) presenta definiciones de *Lex artis* médica y, entre ellas, destaca la del jurista Martínez Calcerrada, para quien la *lex artis hoc* es “el criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional, que tienen en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, la influencia de otros factores endógenos –estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria- para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida”.

En perspectiva médica, Diego Gracia señala: “La Medicina como el Derecho, tiene un momento científico y otro técnico o prudencial. Ambos tienen valor jurídico, de tal modo que el Derecho los acepta como tales. La *lex artis* no puede establecerla más que la propia Medicina. Además, tiene dos niveles, que se suelen denominar *lex artis* y *lex artis ad hoc*, pero que en el rigor de los términos deberían denominarse, *lex scientiae* y *lex artis*. La mejor manera de establecer criterios prudenciales es mediante consenso. La prudencia exige tener en cuenta las opiniones encontradas de todos los implicados y llegar a consensos que respeten lo más posible los criterios de todos o de la mayoría. Estos criterios prudenciales se establecen hoy en forma de Guidelines, Guías clínicas, Protocolos de actuación, etc. Todos estos documentos deben considerarse como expresión de la *lex scientiae*”.

La *lex artis* debe entenderse como pautas de actuación médica correcta está sujeta a continua actualización por el propio desarrollo técnico científico de la medicina, en consecuencia, el médico tiene el deber de la actualización continua de sus conocimientos. Tales pautas, sin embargo, no obligan a una aplicación automática de las mismas, pues un médico puede dejar de aplicarlas o aplicar un criterio diferente, pero inmediatamente adquirirá la obligación de fundamentar razonablemente el criterio adoptado, sobre todo si acontece algún daño al paciente así, dado el caso, deberá demostrar que

actuó en el marco de la obligación de haber obtenido el debido consentimiento informado.

No obstante, en este terreno tampoco existe criterio uniforme entre los juristas. La opinión de Sedano Vásquez (citado por García) es que: “la invocación a las obligaciones de medios y de resultado en la responsabilidad civil profesional sirve para aquellos ordenamientos donde la prueba de la culpa no está sujeta a reglas claras, no obstante, en nuestro ordenamiento jurídico (el peruano) dicha clasificación resulta inútil, ya que para todo los casos la culpa se presume, tanto en el ámbito obligacional como extra-obligacional, tal como lo establecen los artículos 1321 y 1969 del Código Civil. En consecuencia, al paciente perjudicado le basta alegar dolo o culpa del prestador de salud para que dicho dolo o culpa se presuman, correspondiendo a éste la prueba en contrario. Agrega García: “En el mismo sentido, Osterling y Castillo indican que la diferencia entre obligaciones de medios y resultados es artificial, ya que en las primeras se busca también un resultado y, en las últimas, existe necesariamente un medio para cumplirlas; además, el Código Civil no efectúa ninguna distinción. El art. 1329 del citado Código sustantivo establece que se presume que la inejecución de la obligación o su cumplimiento parcial, tardío o defectuoso, obedece a culpa leve del deudor; agregando el art. 1330 del citado texto, que la prueba de dolo o culpa inexcusable corresponde al perjudicado por la inejecución de la obligación, en consecuencia, si el deudor desea liberarse de responsabilidad deberá probar su diligencia, trátase de una obligación de medios o de resultado; a su turno, si el acreedor desea agravar la responsabilidad del deudor, deberá probar el dolo o la culpa inexcusable, trátase también de una obligación de medios o resultados”.

En perspectiva médica, la importancia de que se reconozca definidamente la obligación de medios del médico, en la atención de pacientes, es sumamente importante no solo para determinar la correspondencia de la carga de la prueba sino para establecer con precisión la obligación que se debe exigir al médico, que es la de debido cuidado y no la de una obtención de un resultado que está, en un buen número de casos, más allá de sus posibilidades aun en la aplicación diligente de lo prescrito en la *lex artis*.

Los alcances interpretativos del artículo 1762 del Código Civil Peruano (CCP).

El art. 1762 del CCP señala que: “si la prestación de servicios implica la solución de asuntos profesionales o de problemas técnicos de especial dificultad, el prestador de servicios no responderá por los daños y perjuicios, sino en los casos de dolo y/o culpa inexcusable”.

En efecto, una corriente entre juristas aprecia que este artículo crearía un régimen de privilegio para los profesionales, en particular de médicos, en tanto excluye de responsabilidad por culpa leve dejando en desprotección a los perjudicados por ellas. En la sociedad contemporánea, la condición de profesional se ha extendido de tal manera que ya no es un criterio válido y seguro de diferenciación, por ello el art. 1762 tiene que ser aplicado de una manera restrictiva, esto es, solamente cuando el profesional intervenga en aquellos casos en los cuales la ciencia no ha dado una respuesta cierta ni definitiva (Espinoza 2000), y que la negligencia y la imprudencia leves quedan sujetas a la norma general de responsabilidad por inejecución de obligaciones reguladas por el art. 1329 y definida por el art. 1320 del CC (Woolcott, 2010).

La responsabilidad penal del médico en el ordenamiento jurídico nacional.

En general, la responsabilidad penal surge de la necesidad de reparar ante la sociedad las infracciones de la ley penal, y su finalidad es someter al infractor a las penas previstas en el Código Penal. En los Estados democráticos contemporáneos, existe un principio fundamental vigente que los juristas lo consideran clave y piedra angular de la doctrina penal moderna, denominado principio de legalidad, *nullum crimen, nulla poena sine lege*, no se puede procesar a nadie por una determinada conducta, si esta no ha sido previamente consignada como delito en el Código Penal. En el Perú este principio está recogido en el art. 2º, inc. 24, literal d) de la Constitución Política y en el art. II Título Preliminar del Código Penal.

En el ejercicio de su oficio, los médicos están expuestos a cometer una gran variedad de delitos, que van desde la omisión de socorro, el homicidio, las

lesiones personales, el aborto, la manipulación genética, hasta la posibilidad de incurrir en delitos como el tráfico de órganos y drogas, falsedad de documentos etc. Y, los que están más directamente relacionados con la práctica médica son: el homicidio culposo, el homicidio doloso, las lesiones personales culposas, las lesiones personales dolosas, las lesiones al feto y el aborto. El Código Penal Peruano vigente de 1991, incluyen, entre otros, los siguientes delitos vinculados al ejercicio médico: art. 112 Eutanasia; art. 114 aborto; art. 126 y 127 Abandono de persona y omisión de auxilio; art. 141 Otorgar certificados médicos falsos; art. 144 Fingimiento de embarazo o parto; art. 111 Homicidio culposo; y, art. 124 Lesiones culposas (Morales, 2001).

Bien jurídico tutelado. La definición del bien jurídico tutelado, que se afecta en los casos penales, tiene particular interés para la comprensión de la perspectiva jurídica, en relación a delitos en los que puede incurrir el médico. El bien jurídico tutelado por excelencia es el de la vida, seguida de la salud. La doctrina ha evolucionado desde un primer momento en que se asumía que la *integridad física* era el bien jurídico tutelado, dejando de lado las lesiones psicológicas, para pasar a una posición que comprende como tal a la integridad corporal y la salud (física y mental).

De otro lado, es infrecuente que un médico sea procesado por la comisión de delitos dolosos, esto es delitos debidos a *una conducta deliberadamente dirigida a causar el daño o la vulneración de un bien jurídico protegido por la disposición normativa*. La enorme mayoría de emplazamientos judiciales a médicos se dan, en todo el mundo e históricamente, por conductas denominadas culposas o imprudentes.

Delito culposo o imprudente Para Bramont (2002), la premisa básica para la existencia de un delito culposo es la lesión efectiva del bien jurídico que no se quería lesionar. Cita al tratadista Berdugoen quien afirma que: “La conducta imprudente o culposa es la acción peligrosa emprendida sin ánimo de lesionar el bien jurídico pero que por falta de cuidado o diligencia debida causa su efectiva lesión”.

Un autor clásico del Derecho Penal, Carrara (citado por Morales, 2011), define la culpa como: “voluntad u omisión de la diligencia en calcular las consecuencias previsibles del propio hecho. Dícese consecuencia previsible porque la culpa está en la previsión”.

Los elementos de la estructura del delito imprudente son sistematizados por Navarro (2011) en los siguientes:

- La realización de una conducta imprudente por la inobservancia de la profesión (infracción de deberes objetivos de cuidado). Este es el elemento objetivo del tipo penal imprudente;
- La producción de un resultado dañoso (muerte o lesión) como consecuencia de la imprudencia;
- Que el resultado típico, muerte o lesiones, haya sido previsible y evitable. Este es el elemento subjetivo del tipo penal imprudente;
- Un nexo o relación de causalidad entre la conducta imprudente y el resultado dañoso; y
- La posibilidad de imputar el daño objetivamente a la conducta del agente.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA

3.1. Material.

Se utilizó información de fuentes secundarias consistentes en resoluciones de los entes reguladores del ejercicio médico: el Colegio Médico del Perú, Poder Judicial:

1) *Resolución final del CN-CMP* en procesos derivados del acto médico, correspondientes al periodo 1991-2015. Este documento contiene datos de: nombre del demandante; nombre, número de colegiatura y especialidad (si la tuviera) del médico implicado; el motivo de la denuncia; y, finalmente la sanción que establece el Consejo.

2) *Sentencias judiciales*. El estudio de la negligencia médica en el país se ve dificultado porque estos casos están inmersos dentro del archivo general del Poder Judicial como homicidios culposos y lesiones graves de diversas causas. Por ello, para fines del presente estudio se recurrió a varias fuentes: 1) de la monografía del Dr. John Navarro, miembro del equipo legal de la Federación Médica Peruana, se obtuvo 51 sentencias penales, habiéndose solicitado la autorización para hacer uso de esta fuente; 2) Gaceta Jurídica, órgano de información periódica especializada en temas de Derecho, que cuenta con una base de datos de sentencias judiciales, en esta fuente se utilizó con el criterio de búsqueda “sentencias en procesos derivados del acto médico” y se obtuvo nueve sentencias (tres penales y seis civiles); 3) Estudio Jurídico Portocarrero, de cuyo archivo se obtuvo dos sentencias penales. De esta manera se construyó una muestra por conveniencia de 56 sentencias penales y seis sentencias civiles, emitidas dentro del periodo de estudio.

3.2 Método.

El presente trabajo es de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo y retrospectivo. Se estableció como unidad de observación la Resolución del CN-CMP que pone fin al proceso ético-disciplinario, y la sentencia judicial. Se

solicitó autorización para acceder a las resoluciones finales emitidas por el CN-CMP, correspondiente al período 1991 a 2015. Adicionalmente se revisó las sentencias judiciales emitidas dentro del periodo de estudio, procedentes de las fuentes descritas anteriormente.

Criterios de inclusión:

- Toda resolución del CN-CMP que pone fin al proceso ético-disciplinario derivado del acto médico, emitidas entre 1991 y 2015.
- Sentencias Judiciales emitidas en procesos penales o civiles derivados del acto médico, dentro del período de estudio.

Criterios de exclusión:

- Se excluyeron aquellas resoluciones o sentencias que no tenían datos completos relativos a los procesos.
- Resoluciones que se declararon anuladas.
- Ilegibilidad de los datos de estudio por deterioro del documento archivado.

Variables de estudio

Cuadro 2. Definición operacional de las variables de estudio

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO	FUENTE	ÍNDICE
Sexo	Sexo que figura en la resolución	Cualitativa	Resoluciones	Masculino, Femenino
Años de experiencia profesional	Tiempo transcurrido entre la fecha de colegiatura y la fecha de la demanda	Cuantitativa	Resoluciones	Menos de 10 De 10 a 19 De 20 a 29 De 30 a más
Especialidad	Ejercicio de una especialidad, registrada en el CMP	Cualitativa	Resoluciones	Especialista Médico General
Tipo de Especialidad	Especialidades agrupadas en categorías	Cualitativa	Resoluciones	Médicas Quirúrgicas

Año de la demanda	Año en que se realizó la demanda	Cuantitativa	Resoluciones	Desde 1991 hasta el 2015
Tipo supuesto de la falta	Falta que alude el demandante, agrupadas en categorías	Cualitativa	Resoluciones	<i>Se define por separado en el cuadro 2</i>
Resultado del proceso ético-disciplinario	Decisión final del CN-CMP en el proceso.	Cualitativa	Resoluciones	Se encontró responsabilidad No se encontró responsabilidad
Tipo de sanción establecida	Especificación de la sanción dada al final del proceso, en los casos que se encontró responsabilidad	Cualitativa	Resoluciones	Nota de extrañeza Amonestación Suspensión Inhabilitación Expulsión
Nivel de Sanción	Categorización del tipo de sanción	Cualitativa	Resoluciones	Leve: Nota de extrañeza y amonestación Grave: Suspensión Muy Grave: inhabilitación y expulsión

Cuadro 3. Definición de tipo de falta

Tipo de falta	Definición
Mala atención	Si la denuncia implica falta a los artículos del código de ética que establecen deberes de atención diligente, oportuna, amable, dedicándole el tiempo suficiente, continuo, dentro de su especialidad y otros relacionados.
Certificados irregulares	Si la denuncia implica falta a los artículos del código de ética que establecen el manejo cuidadoso, veraz y cierto del certificado médico y otros documentos clínicos y relacionados.
Delito	Si el Poder Judicial informa que el médico ha merecido sentencia firme por delito vinculado a la atención de pacientes estableciendo las penas correspondientes.

Falta de consentimiento informado	Si la denuncia implica falta a los artículos del código de ética que prohíben realizar actos médicos sin el consentimiento informado del paciente.
Atender sin tener la especialidad	Si la denuncia implica falta a los artículos del código de ética que prohíben atender a un paciente cuyo problema de salud no corresponde a la especialidad del médico tratante, salvo casos de emergencia o situaciones de ausencia de especialistas.
Confidencialidad	Si la denuncia implica falta a los artículos del código de ética que establecen el deber de secreto profesional.
Obtener ventajas	Si la denuncia implica falta a los artículos del código de ética que prohíben obtener beneficios personales e indebidos derivados de la atención del paciente.
Riesgo innecesario	Si la denuncia implica falta a los artículos del código de ética que prohíben exponer al paciente a riesgos injustificados, tratamientos experimentales, procedimientos riesgosos que dejan secuelas transitorias o permanentes como medio para obtener ventajas o beneficios y relacionados.

Análisis de datos. Se elaboró una base de datos en Excel y se utilizó el software IBM SPSS versión 24 para los análisis de frecuencias y pruebas estadísticas (Chi cuadrado).

Ética. Se ha mantenido la debida confidencialidad de los datos, cuyo manejo ha recaído exclusivamente en el ámbito de responsabilidad del autor.

CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

De los procesos ético-disciplinarios

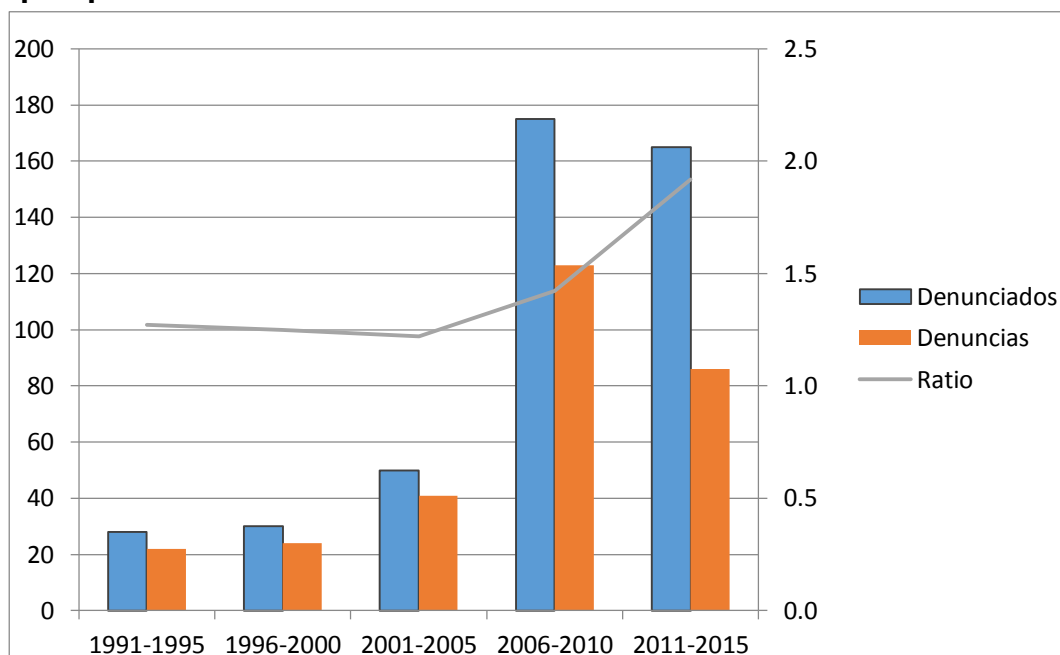
Durante el período 1991-2015 el CN-CMP emitió 358 resoluciones en procesos ético-disciplinarios derivados del acto médico instaurados por denuncias de pacientes o sus representantes legales, de las cuales 296 fueron incorporadas al presente estudio, en tanto ponían fin al proceso y contenían todos los datos previstos para el análisis. Las resoluciones incluyeron a 448 médicos con un ratio promedio de 1,5 médicos por denuncia. Ver cuadro 4.

Cuadro 4. Número de procesos ético-disciplinarios y médicos incluidos por quinquenio

Quinquenios	Procesos	Médicos incluidos	Ratio Médicos/Proceso
1991-1995	22	28	1.3
1996-2000	24	30	1.3
2001-2005	41	50	1.2
2006-2010	123	175	1.4
2011-2015	86	165	1.9
Total	296	448	1.5

El número de procesos ético-disciplinarios resueltos por el CN-CMP por quinquenio muestra una continua tendencia al crecimiento; moderado durante los tres primeros quinquenios, exponencial en el cuarto quinquenio, disminuyendo levemente en el quinto quinquenio. El ratio del número de médicos incluidos en cada proceso ético-disciplinario permanece constante durante los cuatro primeros quinquenios, observándose una elevación en el último quinquenio. Ver gráfico 1.

Gráfico 1. Procesos ético-disciplinarios y médicos incluidos por quinquenio



Procedencia de los procesos disciplinarios

La mayoría de los procesos disciplinarios se iniciaron con denuncias presentadas en los Consejos Regionales III y XVIII correspondientes a Lima y Callao respectivamente (86.8%). En el resto de Consejos Regionales sólo se iniciaron el 13.2% de los procesos y las regiones con mayor número de médicos (La Libertad y Arequipa), tuvieron la mayor cantidad de procesos. Ver Cuadro 5.

Cuadro 5. Distribución de los Procesos por Regiones del país.

Región	Número de Procesos	%
Lima y Callao	257.0	86.8
Resto de Regiones	39.0	13.2
Total	296.0	100.0

Incidencia

La tasa de incidencia de médicos involucrados en procesos ético-disciplinarios ha variado entre 1,05 por 1000 a 3,36 médicos por 1000 a lo largo del período en estudio. Ver Cuadro 6.

Cuadro 6. Tasa de Incidencia de Médicos Procesados.

Quinquenio	Médicos procesados	Médicos en ejercicio	Tasa por 1000
1991-1995	28	26 660	1.05
1996-2000	30	33 053	0.91
2001-2005	50	41 762	1.20
2006-2010	175	52 063	3.36
2011-2015	165	65 785	2.51
Total	448		

Se ha encontrado que la tasa de incidencia es 4 veces mayor en Lima que en provincias, como se observa en el Cuadro 7.

Cuadro 7. Tasa de Incidencia para Lima y Callao y resto de regiones

	Médicos procesados	Médicos en ejercicio	Tasa de incidencia por 1000	RR (*)	Significancia estadística
Lima y Callao	403	46060	8.75	3.82	p < 0.001
Resto de Regiones	45	19640	2.29		
	448				

(*) RR = Riesgo relativo

Motivo de la Denuncia

El motivo de denuncia más frecuente es la mala atención (55.1%) seguida de la expedición irregular de certificados médicos (11.5%), delitos (10.5%), y atender sin consentimiento informado (9.1%).

Cuadro 8. Frecuencia de Motivos de Denuncia, período 1991-2015

Motivos de la denuncia	Total	Porcentaje
Mala atención	163	55.1
Certificado irregular	34	11.5
Delito	31	10.5
Sin consentimiento informado	27	9.1
Atender sin tener la especialidad	23	7.8
Confidencialidad	9	3.0
Obtener ventajas	5	1.7
Riesgo Injustificado	4	1.4
Total general	296	100.0

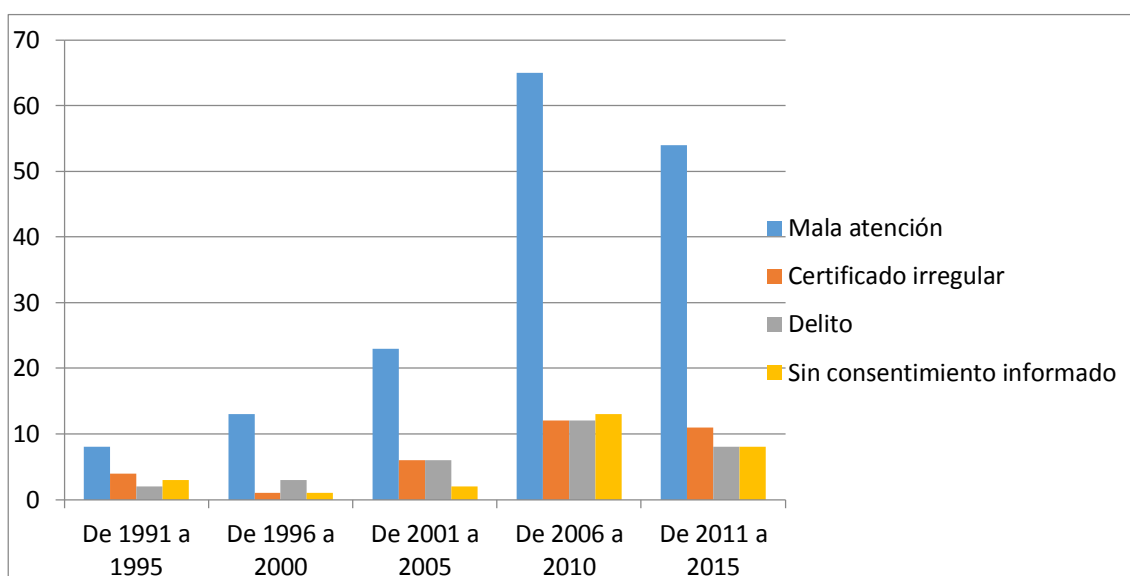
En el periodo de estudio 31 médicos fueron procesados por tener sentencias del Poder Judicial. Los delitos cometidos con mayor frecuencia fueron el homicidio culposo (55.6%) y el Aborto (33.3%)

Cuadro 9. Número de médicos sentenciados por el Poder Judicial, según tipo de delito

Delito	N	%
Homicidio culposo	18	58.0%
Aborto	9	29.0%
Contra libertad sexual	3	9.7%
Certificado falso	1	3.2%
Total	31	100%

Evolución de la frecuencia de los motivos de denuncia

La mala atención predomina en todos los quinquenios del periodo de estudio. Atender sin consentimiento informado ha tenido crecimiento acelerado especialmente entre los quinquenios tercero y cuarto Ver gráfico 2.

Gráfico 2. Evolución de motivo de la denuncia por quinquenios

No se encontró responsabilidad ético - disciplinaria en el 51.3% de los médicos procesados en periodo de estudio.

Cuadro 10. Decisión que pone fin al proceso ético-disciplinario

Resultado	n	%
No se encontró responsabilidad	230	51.3
Se encontró responsabilidad	218	48.7
Total	448	100.0

Cuadro 11. Sanciones aplicadas a los médicos con responsabilidad

Tipo de sanción	n	%
Nota de extrañeza	14	6.4
Amonestación	77	35.3
Suspensión	90	41.3
Inhabilitación	31	14.2
Expulsión	6	2.8
Total	218	100.0

Analisis Bi-variado

Se realizó analisis bi-variado entre severidad de la falta (leve, grave y muy grave) y las características de los médicos, aplicándose la prueba Chi 2. Sólo se encontró asociación estadísticamente significativa en las variables: ser especialista, sexo y región en la que trabaja el médico, como se especifica en los siguientes cuadros.

Cuadro 12. Severidad de la falta ética y condición de especialización

Nivel de Sanción	Especialista	Méd General
Leve	76	15
Grave	61	18
Muy grave	20	28
Total	157	61

Prueba de Chi 2, $p < 0.05$

En el nivel de sanción muy grave se ha observado que fueron más los médicos generales sancionados que los especialistas; mientras que en las otras categorías la mayor proporción de sancionados fueron los médicos especialistas.

Cuadro 13. Severidad de la falta ética y sexo

Nivel de Sanción	Femenino	Masculino
Leve	20	71
Grave	5	74
Muy grave	5	43
Total	30	188

Prueba de Chi 2, $p < 0.05$

Para el nivel de sanción leve se observa que la proporción de sancionados del sexo femenino es aproximadamente tres veces menor que la de masculino; mientras que para las sanciones grave y muy grave esta proporción es casi diez veces menor en el sexo femenino respecto al masculino.

Cuadro 14. Severidad de la falta ética y procedencia

Nivel de Sanción	Región Lima-Callao	Otras regiones
Leve	87	4
Grave	63	16
Muy grave	31	17
Total	181	37
Prueba de Chi 2, p < 0.05		

Se observa que los médicos que trabajan en otras regiones tienen mayor probabilidad de tener sanciones graves y muy graves; mientras que en las sanciones leves los médicos de Lima y Callao tienen la mayor frecuencia.

En cambio, no se encontró diferencias estadísticamente significativas entre las Especialidades Médicas y Quirúrgicas y la severidad de las sanciones

Cuadro 15. Severidad de la falta ética y tipo de Especialidad

Nivel de Sanción	Esp. Médicas	Esp. Quirúrgicas
Leve	29	47
Grave	19	42
Muy grave	4	16
Total	52	105
Prueba de Chi 2, p = 0.28		

Características de los médicos involucrados en procesos ético disciplinarios

Sexo

Del total de médicos procesados en el período de estudio 63 (14.1%) fueron mujeres y 385 varones (85.9%).

Cuadro 16. Años de experiencia profesional

Rango de Años de Experiencia	Total	Procentaje
Menos de 10	45	10.1%
De 10 a 19	118	26.5%
De 20 a 29	180	40.4%
De 30 a más	102	22.9%
Total general	445	100.0%

El rango de años de experiencia profesional con mayor proporción de médicos procesados corresponde al de 20 a 29 años, con un 40.4%. Siendo el promedio de 22.5 años.

Se construyeron las tablas de contingencia de años de experiencia y la condición de sancionado; así como en el nivel de sanción, no encontrándose asociaciones estadísticamente significativas con la prueba de Chi 2.

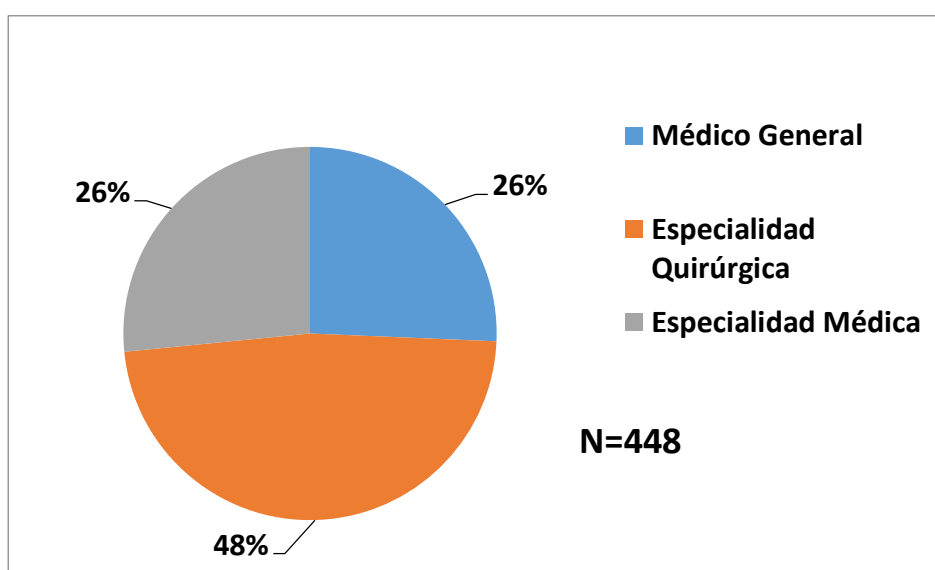
Especialidad

El 48% de los médicos procesados ejercían especialidades quirúrgicas mientras que un 26% tenían especialidades médicas y otro 26% eran médicos generales.

Las cinco especialidades quirúrgicas con mayor número de médicos incluidos en proceso ético disciplinarios fueron Ginecología y-obstetricia, Cirugía General, Urología, Traumatología y Cirugía Plástica.

Las cinco especialidades médicas con mayor número de médicos incluidos en proceso ético disciplinarios fueron Psiquiatría, Medicina Interna, Pediatría, Anestesiología, y Gastroenterología

Grafico 3. Médicos incluidos en los procesos según condición de especialista o médico general



Cuadro 17. Médicos incluidos en los procesos según especialidad médica

Especialidad	n
Psiquiatría	17
Medicina Interna	14
Pediatría	14
Anestesiología	14
Gastroenterología	8
Medicina Intensiva	6
Cardiología	5
Medicina de emergencia y desastre	5
Neurología	4
Neumología	4
Otros	28
Total general	119

Cuadro 18. Médicos incluidos en los procesos según especialidad quirúrgica

Especialidad	n
Ginecología y Obstetricia	46
Cirugía General	39
Urología	26
Traumatología	23
Cirugía Plástica	23
Neurocirugía	20
Oftalmología	14
Cirugía Oncológica	7
Cirugía Torácica y Cardiovascular	5
Cirugía Pediátrica	4
Cirugía Cabeza y cuello	4
Otorrinolaringología	3
Total general	214

Procesos Judiciales

Procesos penales. Se compilaron 56 sentencias judiciales correspondientes a procesos penales por negligencia médica, cuyo detalle es como sigue: 44 (78,6%) por homicidio culposo; 9 (16,1%) corresponde a lesión culposa; 3 (5,4%) exposición a peligro.

El número de médicos implicados fue 80: uno, en 12 casos; dos, en 9 casos; tres, en 10 casos; cuatro, en 5 casos.

Especialidad de los médicos procesados penalmente. 43 (53,75%) fueron médicos de especialidades quirúrgicas y 37 (46,25%) de las no quirúrgicas. El cuadro 18 muestra el orden de frecuencia de las especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas comprometidas en los casos penales.

Cuadro 19. Especialidades de médicos involucrados en denuncias penales (N=80)

Quirúrgicas	n	%	No quirúrgicas	n	%
Ginecología 15,1	19	22,1	Anestesiología	13	
Cirugía	12	14,0	Medicina	7	8,1
Neurocirugía	4	4,7	Pediatría	7	8,1
Oftalmología	2	2,3	Med. Intensiva	4	4,7
Otorrinolaringología	2	2,3	Cardiología	2	2,3
Otros *	4	4,7	Otros**	4	4,7

* Cirugía plástica, Cirugía Pediátrica
Traumatología, Urología

**Oncología, patología,

Resultados del proceso penal. En 20 casos (35,8%) la Corte Suprema anuló el proceso por vicios procesales; 21 (37,5%) sentencia condenatoria; 7 (12,5%) sentencias absolutorias; 7 sobreseimiento (12,5%); y en uno (1,8%) se declaró excepción de naturaleza de acción.

En consecuencia el proceso culminó con una decisión judicial en 36 casos en 21 (58,0%) de los cuales se emitió sentencia condenatoria y no se encontró responsabilidad en 15 (42,0%).

Procesos Penales. Se presentan las características de los 36 procesos penales en los cuales hubo fallo judicial. Se excluye a 20 procesos anulados.

- Establecimiento de salud en el que tuvo lugar la negligencia médica: Ministerio de Salud, 19 casos (52,8%); Es Salud, 6 (16,7%); clínicas y consultorios privados, 8 (22,2%); y, sin datos, 3 (8,3%).
- Víctimas de la negligencia médica: pacientes adultos, 20 casos (52,8%); menores, 10 (26,5%); y, en 7 fetos (19,4%). Un caso registra dos víctimas: madre y feto.
- Años de pena privativa de la libertad: La sentencia señala años de pena en 21 casos: un año, 2 (10,5%); dos años, 15 (68,4%); y, tres años, 4 (21,1%)
- Inhabilitación en 11 casos: menos de un año (3-6 meses), 3 (27,3%); un año, 5 (45,5%); dos años, 1 (9,1%); y, tres años, 2 (18,1%).
- Institución judicial. La sentencia fue dictada por: la Corte Superior de Justicia de Lima, en 19 casos (52,8%); el Juzgado Penal de Lima, en 10 (27,8%); Corte Suprema en cuatro (11,1%); Corte Superior de Justicia de Lambayeque en uno (2,8%); Juzgado Penal de Ancash, en uno (2,8%). En un caso no hubo datos sobre la institución judicial (2,8%).
- Duración del proceso. El tiempo que tomó el proceso penal en los 33 casos varió entre un mínimo de 10 meses (n = 5) hasta un máximo de seis años (n = 1), siendo la media de 40,64 meses (DE 14,89). La más frecuente fue de dos hasta tres años (n = 13); seguida de tres hasta cuatro (n = 6) y de cuatro hasta cinco (n = 6).
- Reparación civil. En 21 casos la sentencia señala el monto de la reparación civil, el mismo que varía entre un mínimo de S/. 1,000 hasta un máximo de S/. 50,000 (nuevos soles), siendo la media S/. 14,857.

Cuadro 20. Monto reparación civil

(S/.)	n=21	%
1000-4000	6	28,6
5000-9000	3	14,3
10000-14000	4	19,0
15000-29000	3	14,3
30000 – 40000	3	14,3
41000 – 50000	2	9.5

Procesos civiles. Se compilaron seis casos civiles de demanda de indemnización por daños y perjuicios instaurados contra médicos y los establecimientos de salud privados en los que se realizó el acto médico presuntamente negligente.

Las especialidades implicadas fueron quirúrgicas en cinco casos (gineco-obstetricia, neurocirugía y oftalmología); y, en el caso de medicina intensiva, la demanda fue por procedimiento invasivo (daño por catéter en subclavia).

En tres casos, el proceso tuvo lugar en la Corte Suprema y en las otras tres en la Corte Superior de Justicia de Lima. La resolución judicial fue condenatoria en tres; absolutoria en uno; e infundada en dos. La reparación civil en los tres casos condenatorios fueron de: S/. 20,000, S/. 70,000 y S/. 200,000 nuevos soles. El proceso en los seis casos duró de tres hasta siete años.

Lo interesante de las sentencias de procesos civiles, como ya comentamos, es que ilustra el debate existente entre juristas y en el que muy poco o nada intervienen los médicos, aun cuando los argumentos esgrimidos y las conclusiones a las que se arriba en él orientan las decisiones de los jueces a

la hora de resolver el caso. Es válido preguntarse, entonces, si el intercambio de ideas eminentemente jurídico está recogiendo los hechos con los que se enfrenta cotidianamente la práctica médica. A continuación se presenta fragmentos de sentencias de procesos civiles que ilustran el tema controversial si la responsabilidad del médico surge de obligaciones de naturaleza contractual o extra-contractual

CASACIÓN 1872-2007. La aplicación indebida de una norma de derecho material. Del artículo mil novecientos sesenta y nueve del Código Civil. Que en resolución de Sala 25/09/03, se sostenía que entre las partes existía responsabilidad contractual aplicando en dicha oportunidad el artículo mil setecientos sesenta y dos del Código Civil que trata sobre responsabilidad contractual, no obstante en esta oportunidad, en la resolución impugnada mediante el presente recurso señalan que la relación entre las partes corresponde ser evaluada mediante la base del análisis del artículo mil novecientos sesenta y nueve del Código Civil, es decir sobre la base de la responsabilidad extra contractual subjetiva. Que el fallecimiento del hijo (feto) de la actora se genera a consecuencia de complicaciones presentadas por la demandante, la misma que se generaron por responsabilidad propia de la paciente, esto es, se debieron a un hecho propio de la paciente por no haberse realizado los controles médicos. El incidente que produjo la muerte del feto se debió a la negligencia de la paciente lo cual ocasiona la ruptura del nexo causal. Que el Dr. D nunca tuvo conocimiento de la atención médica recibida por la paciente en la Clínica SM, pues con posterioridad al proceso el recurrente obtiene el informe médico de dicha clínica, el mismo que indica que la paciente se atendió en la clínica al quinto mes del embarazo, una sola vez y con análisis clínicos que hubieran despertado sospechas de una infección silente en la paciente.

CAS 902-2008. La aplicación indebida del artículo mil setecientos sesenta y dos del Código Civil. La Sala Revisora ha aplicado en forma indebida el artículo mil setecientos sesenta y dos del Código Sustantivo, pues se pretende aplicar como si fuera materia de pretensión la responsabilidad contractual del médico tratante, cuando lo real y verdadero es que se reclama la

responsabilidad extracontractual por negligencia médica dado que conforme se ha acreditado en autos el actor fue intervenido quirúrgicamente en el HDAC en 20/12/99, como resultado de un accidente, empero, luego de esta operación no experimentó ninguna mejora, por el contrario, los padecimientos póstumos obligaron al actor a practicarse nuevas placas radiográficas de pelvis y rodilla por su propia cuenta diagnosticándosele necrosis seudo artrosis y desplazamiento del implante; lo que obligó a una segunda operación en el mismo hospital el 30/01/01; probándose que el médico demandado en la primera operación cambió indebidamente la prótesis que hizo adquirir al actor para instalar otra defectuosa e incluso instalándola mal.

4.2 Discusión

Con el propósito de discutir los hallazgos presentados en la sección resultados se formula los siguientes comentarios:

Frecuencia de procesos disciplinarios

El crecimiento de los procesos ético-disciplinarios derivados del acto médico que se hace exponencial entre el tercer y cuarto quinquenio puede ser debido a diversas razones como el incremento en el número de médicos y la cada vez mayor complejidad del ejercicio médico, aunque encontrar las causas de este fenómeno requerirá estudios adicionales específicos. Sin embargo podemos señalar en cuanto al incremento en el número de médicos que en el año 1970, cuando se inició el registro nacional en el CMP, el número de colegiación asignado fue hasta el 7208. A finales del año 1990, el número era de 24 058, es decir, el número de nuevos médicos se había incrementado en 16 850 y para fines del 2015, era algo más de 73,000 es decir, el número de nuevos médicos se había incrementado en 49,000, entre 1991-2015.

El crecimiento de la población de médicos en el país está estrechamente relacionado con el incremento en el número de escuelas médicas. los 90 su número subió a 24 y al 2015 eran más de 50, muchas de ellas han empezado a funcionar sin que, aparentemente, cumplieran los requisitos mínimos para proveer una adecuada educación médica. Como señalan Bazán y col (2011)

“El aumento en el número de Facultades de Medicina no sólo es debido a lo que permite la autonomía universitaria, sino fundamentalmente a la Ley de Promoción de la inversión en educación (DL N 882 de noviembre de 1996), que en su Artículo 2 establece que: *toda persona natural o jurídica tiene el derecho a la libre iniciativa privada para realizar actividades en educación*, derecho que permite fundar, promover, conducir y gestionar instituciones educativas particulares con o sin finalidad lucrativa. Sobre la base de esta Ley, varias universidades actúan como empresas privadas y se encuentran fuera del alcance de las regulaciones educativas poniendo el lucro por encima de la calidad de la educación y de la formación médica”.

Para la realización de una efectiva regulación de la educación médica en 1999 se creó por Ley el Comité de Acreditación de Facultades de Medicina (CAFME) que pone en vigencia los estándares mínimos para el funcionamiento de las Facultades de Medicina en el país mediante la Resolución Suprema No.013-2001-SA. La primera versión de estos estándares considera relevante la formación ética y humanística de los estudiantes de medicina. En efecto, en el apartado 10.3 establece que: *no menos de un 7 % de los créditos deben estar destinados a cursos de ciencias sociales, humanidades y comunicación*.

Posteriormente, en el año 2009, el Consejo Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Universitaria (CONEAU), organismo que por disposición de la Ley No 28740 crea el Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, sustituye al CAFME. En base a sus atribuciones legales publicó un nuevo modelo de calidad para la acreditación de la carrera profesional universitaria de medicina (Congreso de la República, 2002). Éste redefine los estándares de acreditación de forma tal que ya no aparecen con el detalle que tenían en la primera versión del CAFME, que establecía indicadores verificables; tampoco aparece la obligatoriedad de un porcentaje de créditos dedicados a la enseñanza de cursos de ciencias sociales y humanidades; ni la puntualización de las competencias vinculadas a un ejercicio ético. Todo ello ha quedado reducido a una alusión contenida en el ítem 25 que incluye

un párrafo que a la letra dice: *instrucción preclínica y clínica de todos los sistemas orgánicos, incluyendo aspectos importantes bioéticos y éticos de prevención, enfermedades agudas, crónicas, rehabilitación y cuidados de enfermos terminales.*

Entre los pocos estudios nacionales sobre el tema de la vigilancia ética y deontológica, hallamos el de Véliz, publicado en el año 2000, que corrobora nuestro hallazgo del aumento en la frecuencia de denuncias. En 148 denuncias presentadas al Comité de vigilancia ética y deontológica del Consejo Regional III del CMP, en el 10% de un total de 1,500 expedientes correspondientes al periodo 1980-1999, observó una tendencia creciente de las demandas aunque no precisa su magnitud.

Adicionalmente a lo mencionado, otro factor relacionado con el aumento en la frecuencia de procesos ético-disciplinarios sería la calidad de la educación médica en el Perú, particularmente en su aspecto ético. Al respecto un estudio del autor (Cárdenas & Sogi ,2013) sobre la educación ética en el país halló que la enseñanza de la materia en las escuelas de medicina, a nivel nacional, es heterogénea en cuanto a objetivos, contenidos y material de lectura. Sin embargo, existen similitudes en cuanto al poco espacio que se asigna a su enseñanza, 1-2% del total de créditos académicos que debe completar el alumno para graduarse de médico; la enseñanza es en aula y no en campo clínico y no se enseña ética durante el internado.

Otro estudio local (Zavala y Sogi 2006), en 159 internos de medicina de una universidad nacional de la ciudad capital, halló necesidades de formación en tres tópicos éticos: 1) veracidad en la información al paciente y a la familia; 2) consentimiento informado; 3) relación médico paciente, relación con colegas y otros profesionales de la salud; asimismo, en temas específicos tales como limitación del esfuerzo terapéutico y ética del examen de partes íntimas

De otro lado la tendencia al incremento de demandas judiciales a los médicos como se ha señalado en la introducción de este estudio está ampliamente reportada en la literatura médica internacional pero en cuanto a las denuncias ético disciplinarias hay poca información y muestra tendencias diferentes de

crecimiento. Boyaciyan y Camaro (2006) señalan que las denuncias a médicos ante el Consejo Regional de Medicina de Sao Paulo han venido aumentando progresivamente; en 1994 se registraron 1473 denuncias mientras que el 2004 el número de denuncias fue de 3.388 lo que implica un crecimiento de 130% y la media diaria aumento de 4,03 a 9,28 denuncias. Amorocho y Guzmán (2008) publican una revisión de casos que se presentaron como quejas disciplinarias al Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca durante el quinquenio 2000 – 2004, constatan que los procesos radicados año por año desde el 2000 muestran una clara tendencia a la disminución a partir del 2002 aunque no postulan una explicación a dicho descenso.

Unwin y col. (2015) reportan que en el Reino Unido entre 2010 y el 2013 hubo un incremento del 64% en el número de quejas contra médicos ante el General Medical Council (GMC) y que en ese mismo periodo el número de médicos cuya licencia para ejercer se revocó o suspendió subió en 43%.

Morrison y Wickersham (1998) mencionan que en 1996 los *State Medical Boards (SMB)* de Estados Unidos, organismos encargados de investigar y juzgar violaciones éticas, legales o administrativas, reportaron en 1996 el desarrollo de 3,653 procesos disciplinarios contra médicos. La naturaleza de las denuncias que motivaron los procesos es variada va desde un inadecuado manejo de registros médicos hasta delitos y mala práctica y las sanciones van desde la revocatoria o suspensión de la licencia médica hasta el anuncio público que el médico ha sido encontrado responsable de mal comportamiento. En el caso del Estado de California en el que trabajaban alrededor de 104.000 médicos el SMB, recibió al año alrededor de 10,000 quejas, la mayor parte de las cuales provienen del público, mientras que el resto son presentadas por instancias del gobierno, aseguradoras u otras instituciones; de ellas solo un 20% son admitidas para investigación y procesamiento y finalmente una 276 terminan en una sanción. Señalan que el motivo de la denuncia más frecuente en el proceso disciplinario que terminan en una sanción fue la negligencia o incompetencia en la atención del paciente.

En un trabajo posterior Kohatzu y col (2004) mencionan que una idea de la incidencia de acciones disciplinarias en los 800 000 médicos licenciados en los Estados Unidos, se obtiene de las aproximadamente 4000 medidas disciplinarias impuestas por los Medical Board estatales en el 2001. Mencionan también que una revisión internacional reportó una prevalencia del 5% de médicos con problemas disciplinarios recurrentes en varios países.

De otro lado expresan preocupación por el hecho que pese a la importancia del desempeño médico como un factor esencial en los programas de mejora de la calidad de atención hay pocos estudios que examinan las características de los médicos sancionados. Una búsqueda de MEDLINE efectuada para el período de enero de 1970 a marzo de 2002 no produjo estudios prospectivos y un único estudio de casos y controles.

Incidencia

El número de médicos involucrados en estos procesos muestra una incidencia por quinquenio que va de 1,05 a 3,36 por 1000 médicos. De acuerdo a Liu et al (2015) la tasa internacional de procesos disciplinarios contra médicos fluctúa entre 0.3 a 2.8% por lo que se puede afirmar que la incidencia de médicos procesados disciplinariamente en el país está en el punto bajo de dicho rango. Alam y col (2011) al estudiar características de los médicos sancionados por los colegios médicos de Canadá entre los años 2000 y 2009 encontraron que ellos eran una proporción pequeña que no superaba el rango de 0.06% a 0.11% del total de médicos cada año.

En correspondencia a que el número mayor de procesos disciplinarios se inician en las regiones de Lima y Callao, la incidencia de médicos involucrados en procesos es cuatro veces mayor en Lima y Callao (8.75) que en el resto de regiones del país (2.29), esto puede estar en relación a diversos factores como la mayor concentración de médicos y la mayor diversidad y complejidad de los servicios de salud en Lima y Callao. También debe tomarse en cuenta el hecho que no fue sino hasta hace 10 años que todas las regiones del país contaron con sedes regionales del CMP lo que conduce a considerar que

probablemente la población de la mayoría de las regiones no está suficientemente enterada de la función disciplinaria del CMP y cuáles son los procedimientos para recurrir en queja ante los respectivos consejos regionales del CMP.

Motivo de denuncia

El motivo de la denuncia es el dato consignado en la resolución final del CN del CMP que resulta de relacionar los hechos que motivan la denuncia con la relación de faltas previstas en el Código de Ética y Deontología. Esta labor que podemos denominar de tipificación está a cargo de los comités de vigilancia ética de los Consejos Regionales del CMP.

Los cuatro motivos más frecuentes por los que se abrió procesos ético-disciplinarios en el período fueron: mala atención, certificados médicos irregulares, delito, atención sin consentimiento informado. Motivos cuyas características discutiremos con mayor detalle.

No respetar la obligación de confidencialidad, la obtención de ventajas indebidas y exponer a los pacientes a riesgos injustificados fueron los motivos menos frecuentes.

Nuestros hallazgos son similares a los estudios nacionales de Véliz y Mendoza. El primer autor halló que el 40% de las denuncias correspondían en gran medida con la relación médico paciente; 27% con problemas relacionados con medios masivos de comunicación; 16% con dificultades de relación entre médicos; y, 12% fueron casos judiciales (Véliz, 2000). El segundo, examinó los procedimientos ético disciplinarios evaluados por el CN del CMP entre el 2004-2007, encontró que 75 denuncias estaban relacionada con el acto médico y por consiguiente con la relación médico paciente; y 47 con problemas de relación interpersonal de los propios médicos. Señala, así mismo que entre mayo y junio de 1999, en los 37 juzgados de Lima hubieron 190 médicos procesados, 59 por homicidio culposo, 14 por lesiones culposas y 4 por exposición o abandono de personas en peligro, lo que representaba el 1,2% de los médicos que por entonces ejercían en Lima.

En Colombia, el Tribunal de Ética Médica del Valle del Cauca revisó casos juzgados durante el quinquenio 2000–2004, hallando que se atendieron 308 quejas y de éstas fueron objeto de investigación 219, por presunta violación a las normas éticas, por lo cual se inició el respectivo proceso ético disciplinario; resultado del mismo fueron sancionados 75 profesionales (34.2%) con amonestaciones, censuras y suspensión del ejercicio profesional. El 57.3% de las sanciones correspondieron a violaciones de normas vinculadas al capítulo I de la Ley 23: *de las relaciones del médico con el paciente*. El 58.4% de los pacientes demandantes fueron mujeres y de éstas, 33.5% estaban entre los 15 y 44 años de edad; siendo el 15% de los médicos ginecólogos. El 39.7% de las demandas fueron contra médicos generales, a los especialistas en ortopedia y cirugía general correspondió 10% respectivamente (Amorocho & Guzmán 2008).

De acuerdo a la Federation of State Medical Boards of the United States (2014), en EEUU la Ley de Ejercicio de la Medicina (*Medical Practice Act*) de cada Estado define lo que se considera conducta no profesional. Aunque las leyes varían de jurisdicción a jurisdicción, algunos ejemplos de conducta no profesional incluyen lo siguiente: Alcohol y abuso de sustancias, mala conducta sexual, descuidar la atención al paciente, incumplimiento del estándar aceptado de atención, prescripción de drogas en exceso o sin legítima razón, deshonestidad durante el proceso de solicitud de licencia, sentencia por un delito mayor, fraude, delegar la práctica profesional a un individuo sin licencia, mantención inadecuada de registros médicos, incumplimiento de los requisitos de educación médica continua.

Alam y col (2011) en el mencionado estudio sobre las características de los médicos sancionados por los colegios médicos de Canadá entre el 2000 y el 2009 encontraron que los tipos de violaciones más frecuentes fueron: conducta sexual inapropiada (20%), falla en alcanzar el estándar apropiado de cuidado 163 (19%), inconducta profesional (16%), y otros 104 (12%), conducta fraudulenta (10%), prescripción inapropiada (9%), ejercicio sin licencia (7%), delito(4%), sin dato(2%), consumo de drogas o alcohol (1%), alteración mental (0.2).

Elkin y Col (2011), encuentra que en relación a denuncias ético disciplinarias a médicos los tipo de falta se tuvo que: la primera fue relativa a conducta sexual (24% de los casos) que ocurrió exclusivamente con médicos varones, siendo la más frecuente relaciones sexuales con pacientes y entre otros contactos sexuales impropios (examen innecesario, tocamiento de partes íntimas); prescripción ilegal o no ética (21%); atención médica inadecuada (20%) que incluye problemas de tratamiento y errores diagnósticos. Otras faltas fueron: quebrantar las condiciones del registro; faltas relacionadas con certificado médico, historia clínica; no obtención del consentimiento informado; delitos no relacionados con pacientes, etc.

Mala atención

El estudio muestra que el motivo principal de la denuncia consignado en más de la mitad (55.1%) de las resoluciones estudiadas fue la percepción de haber sido mal atendidos. Algunos ejemplos de la forma en que se refieren los pacientes o sus representantes a la mala atención médica son los siguientes:

- *La señora ingresó con sangrado vaginal y en ese momento registraba latidos normales y los doctores mencionados no la atendieron lo cual produjo la muerte de su hija.*
- *No estableció verdadero diagnóstico en base a síntomas ni se recurrió a exámenes auxiliares para profundizar. Descuido y falta de criterio médico.*
- *Atención médica descuidada e irresponsable, contradicción entre el pronóstico y resultado obtenido por la participación en los procedimientos quirúrgicos de médicos a quienes no conocía.*
- *No extirpó tumor de hipófisis sino masa cerebral normal.*
- *Procedió de manera descuidada y superficial al realizarle los exámenes pre-operatorios, situación que desencadenó la muerte del paciente a consecuencia de los intentos frustrados de la intubación oro-faríngea.*
- *Paciente operado de fractura doble expuesta de radio y cúbito en la clínica y a sugerencia del médico se realizó bajo anestesia general el cual le dio paro cardio-respiratorio que ocasionó la muerte del paciente.*

- *No brindó a su hija la atención adecuada a los protocolos por caso de envenenamiento lo cual produjo la muerte.*
- *Atención médica desde 1999 hasta el 2005 incluyendo ecografías pélvicas y transvaginales sin haber detectado la neoplasia maligna que trajo como consecuencia su fallecimiento.*
- *Realizó en consultorio colonoscopia, producto de la cual se produjo la perforación del intestino, ocultando dicha impresión diagnóstica que generó cuadro de peritonitis que posteriormente provocó la muerte del paciente.*

En el presente estudio, las denuncias por mala atención se vinculan al incumplimiento de los artículos del Código de Ética y Deontología (CDE y D) que prescribe que *“es contra la ética tanto en el ejercicio privado como en el público, dar atención descuidada, superficial o incompleta. El médico debe ser cuidadoso para disponer del tiempo necesario para la aplicación de sus conocimientos en una exploración adecuada del paciente. El acto médico apresurado o irresponsable constituye abuso de la confianza o ignorancia del paciente”*.

Esta redacción correspondiente al Art 16 del CDE y D de 1970 tuvo modificaciones en la versión del Código del 2000 en la siguiente forma:

“Atenta contra la ética, tanto en el ejercicio privado como en el público, propiciar y/o dar atención descuidada, superficial o incompleta. El médico debe disponer del tiempo necesario para realizar el acto médico. El acto médico apresurado o irresponsable constituye abuso y una falta a la ética”.

Ambas versiones tienen el objetivo de cautelar el principio de debido cuidado en la atención al paciente y promover conductas diligentes. La redacción que se adopta en el CE y D del año 2000, que incluye los términos “propiciar y/o dar”, se explica, a nuestro juicio, en el propósito de señalar la responsabilidad de los administradores de los servicios de salud, públicos y privados, que pueden dictar medidas administrativas que no promueven una atención adecuada de pacientes, como por ejemplo imponer a los médicos tiempos máximos de duración de las consultas o recargar la cuota de pacientes a

efectos de lograr una mayor productividad del trabajo médico, entendida cuantitativamente, lo cual se percibe por médicos y pacientes como un factor de intensa insatisfacción.

En relación a este aspecto, Outomuro y Actiss,(2013), investigadoras argentinas, realizaron una revisión bibliográfica de los estándares a nivel internacional para establecer el tiempo de consulta médica ambulatoria que resulte éticamente aceptable en clínica médica; encontraron que el promedio de duración de la consulta médica oscila actualmente entre 10 y 15 minutos, tiempo en apariencia insuficiente. No encontraron normas que promuevan un mayor tiempo para la primera consulta. Señalan que sólo alguna bibliografía proveniente de Europa propone destinar 60 minutos para la primera consulta de clínica médica y 20 minutos en las siguientes consultas. Concluyen que los administradores de los sistemas de salud deberían repensar la forma en que se organiza la agenda de turnos médicos. Los indicadores habituales, generalmente de índole económica, son insuficientes en una materia tan delicada como es la atención de la salud.

Al respecto, a Lucien Leape (2014); miembro del Comité de Calidad de la Atención en Salud del Instituto de Medicina de EEUU, que publicó *To err is human* en 1999 y *Crossing the Quality Chasm: A new health system for the 21st century*, el 2001, en una entrevista para una revista médica le preguntaron ¿Cuál es la mayor barrera para la práctica de la medicina actual? Él respondió: "la presión por producción. El requisito para ver más pacientes en menos tiempo, debido a la idea errónea de que el valor de un médico se determina por el número de pacientes que él o ella ve".

Resulta notorio que la mala atención médica no solo está referida a asuntos relativos al buen trato que debe el médico al paciente o al tiempo que le dedica sino a errores médicos en actos médicos de diagnóstico o tratamiento.

Al respecto la *Federation of State Medical Boards of the United States (2014)* señala que la queja más común recibida por los *Boards* estatales es la referida a que un médico se ha desviado del estándar aceptado de atención, incurriendo en algunas de las siguientes conductas: Sobre-prescribir,

prescribir el medicamento equivocado, no diagnosticar un problema médico, no proporcionar a un paciente los resultados de los exámenes médicos de manera oportuna, lo que puede causar daño, incapacidad de proporcionar atención post-operatoria apropiada, no responder a una llamada del hospital para ayudar a un paciente en una situación traumática.

En las últimas dos décadas, los estudios sobre error médico –su contexto, causas, consecuencias y costos- se han extendido en amplitud y profundidad. Hurwitz y Sheikh (2009) sostienen que: “Los errores, vistos previamente como un fenómeno residual y evento desafortunado al margen de la atención de salud se les considera, hoy en día, como parte integrante del ejercicio de la medicina”. Los errores médicos adquieren presencia institucionalizada en revistas cuando el New England Journal of Medicine, en 1984, publica un dramático error que daña seriamente a una mujer, seguida de Lancet (1999), que hace un llamado a los médicos para que compartan, por escrito, sus experiencias con tales eventos.

En el trabajo de Elkin y Col (2011) ya citado antes, en relación a denuncias ético-disciplinarias a médicos específicamente por error médico, encontraron que las lesiones iatrogénicas ocurrieron en el 9% y la muerte del paciente en el 8% de los casos.

Al respecto es importante la conclusión de Liang (2001), que dice: *“los esfuerzos médicos y legales para limitar la incidencia y efectos del error humano y promover la seguridad del paciente no ha tomado en cuenta la inevitabilidad del error o la realidad de que el temor al castigo no lo disminuye. Los métodos de vergüenza y culpa contra sujetos, tanto por la parte legal como médica, ha resultado en una cultura de censura, que encubre el error y las fallas latentes dentro del sistema, permitiendo que continúen ocurriendo los mismos errores y reincida los eventos adversos. La responsabilidad médica -la firme barrera- parece ser, a menudo, el primer resguardo contra la lesión del paciente pero que de hecho puede aumentar su ocurrencia. Otras normas legales han abierto la brecha en nuestras barreras contra el error médico o han creado nuevos vacíos, disminuyendo nuestra habilidad para examinarlos e implementar acciones correctivas. Evidentemente,*

necesitamos hacer mejor las cosas. Necesitamos aceptar la realidad del error humano y reconocer que las aproximaciones colaborativas son la mejor manera de disminuirlos”.

Otra causa de errores y mala atención de pacientes que viene concitando interés a la luz de recientes hallazgos son las inadecuadas relaciones entre médicos. Las normas éticas que buscan regular las relaciones entre médicos son por la ética médica tradicional como reglas de *etiqueta* médica, con el propósito de que la competencia entre los médicos se mantuviera en el marco de una suerte de juego limpio y decoroso, en el que primara el respeto mutuo y la colaboración. Esto se justifica en contextos en que las riñas entre médicos y la búsqueda de prestigio, a costa de destruir el del colega, no son infrecuentes. En la última década, a partir del lento avance en conseguir mejoras en la seguridad del paciente, se viene produciendo información sobre la importancia de las relaciones humanas y los factores culturales para la creación de entornos seguros en los servicios de salud. Esto ha conducido a valorar el impacto de los conflictos entre médicos y entre éstos y otros profesionales de la salud, particularmente enfermeras, en la calidad de la comunicación en el equipo de salud y sus consecuencias en la seguridad del paciente. Así, se ha llegado a configurar el concepto de *conducta clínica disruptiva* (traducción al castellano de *Disruptive Clinician Behavior*).

Godino (2010) define el concepto disruptivo como: “aquel comportamiento perturbador o conducta personal, ya sea verbal o física, que afecte negativamente o que potencialmente pueda afectar la atención al paciente incluyendo, pero no limitado, a la conducta que interfiere con la habilidad de alguien para trabajar con los demás miembros del equipo de atención médica. Como han destacado diversos autores, este tipo de conductas son ante todo una amenaza para la calidad de la atención y la seguridad del paciente, afectan también a la moral del personal y aumentan los costos de la organización de asistencia sanitaria. Como consecuencia, altera notoriamente la comunicación, por lo que perjudica a los pacientes y disminuye la retención de los recursos humanos, fundamentalmente a nivel de enfermería”.

Por su lado, Porto y Col, (2006) sostienen que un comportamiento disruptivo es: “Cualquier cosa que el clínico hace que interfiera con el desarrollo normal del hospital, de la atención al paciente, del trabajo del comité y que se pueda considerar perjudicial. Esto incluye el comportamiento que interfiere con la capacidad de otros para llevar a cabo eficazmente sus funciones o que socava la confianza del paciente en el hospital u otro miembro del equipo de atención médica. Algunos ejemplos específicos de comportamiento disruptivo, sugeridas incluyen: lenguaje vulgar o irrespetuoso, comportamiento humillante tal como proferir insultos, realizar comentarios o insinuaciones sexuales o efectuar caricias inapropiadas, sexuales o de otro tipo, contar chistes raciales o étnicos, Arranques de ira, lanzar los instrumentos, cuadros u otros objetos, criticar a otras personas del equipo frente a pacientes u otro personal, realizar comentarios que socavan la confianza del paciente en otros médicos o el hospital, no abordar adecuadamente las preocupaciones respecto de la seguridad o la atención al paciente expresadas por otro miembro del equipo, cuidador, intimidar a otros miembros del equipo, incumplimiento deliberado de las políticas de la organización sin razones suficientes, represalias contra cualquier miembro del equipo que ha reportado un caso de violación del código de conducta o que ha participado en la investigación de un incidente, independientemente de la veracidad percibida del informe”.

Adicionalmente, desde la perspectiva de calidad y seguridad del paciente, Rosenstein y O’Daniel, (2008) llevaron a cabo una encuesta sobre impacto de las conductas disruptivas y los defectos de comunicación en la seguridad del paciente. Los autores revisaron estudios previos que demuestran una relación significativa entre conducta destructiva tanto del médico como de la enfermera y las características psicológicas y conductuales preocupantes que condujeron al deterioro de las relaciones laborales, alterados por intimidación, hostilidad, estrés, frustración, pérdida de concentración, retención de información, todo lo cual afecta negativamente los resultados de salud del paciente. En la encuesta participaron 4530 personas: médicos 944, enfermeras 2846, personal administrativo y otros 1100. Respondieron haber presenciado conducta destructiva en el hospital de parte del médico, el 77% y

de la enfermera, el 65%. Los encuestados percibieron que había un nexo entre conducta destructiva con: evento adverso (67%), error médico (71%) y mortalidad del paciente (27%).

Certificados médicos irregulares

La segunda causa de denuncias ético-disciplinarias en el periodo la constituyeron los certificados médicos irregulares. Las razones por las que los pacientes denuncian a los médicos por este tema están relacionadas al otorgamiento irregular de certificados de nacimiento o de informes que tiene consecuencias en el plano laboral o de juicios por asuntos familiares como herencias y semejantes. Este problema y sus consecuencias han sido muy poco estudiados, pese a que constituyen afectaciones, en muchos casos graves, a las normas contenidas en el código de ética y deontología que establecen estrictos criterios de veracidad en el manejo de documentación médica. Aunque no hay datos empíricos para sustentar una apreciación sobre el nivel de exigencia ética en el otorgamiento de certificados médicos se puede afirmar que hay un clima moral poco riguroso en este terreno y que las obligaciones de veracidad ceden ante comportamientos vinculados a la amistad o la llana búsqueda de beneficios impropios.

Delitos

En el periodo estudiado el 10,5% de los médicos procesados lo fueron por haber sido previamente sentenciados por el Poder Judicial.

El homicidio culposo es el delito más frecuente. Para ilustrar la forma en que los jueces razonan en las sentencias transcribimos un párrafo representativo de una sentencia condenatoria por homicidio culposo.

“...Durante la audiencia de apelación ha quedado esclarecido que durante el Juicio Oral se acreditó plenamente con la prueba actuada los extremos de la imputación penal efectuada contra las procesadas, así respecto a la imputada RRR, ha quedado acreditado que ésta en su calidad de Médico Ginecóloga del Hospital SSSS, tuvo conocimiento de la situación que presentaba la paciente FFF, antes, durante y posterior al parto, y no solo no evaluó como era su deber a dicha paciente – pese a que tenía conocimiento de su estado desde el aviso que le efectuó la Obstetra AAA sino soslayando su deber de cuidado y de garante de la

salud de esta persona, no la auscultó como era su obligación sino que debido a la atención tardía que le prestó y a la que coadyuvó su coimputada EEE trajeron como consecuencia la muerte de la agraviada.

La doctrina penal ha precisado al respecto de la responsabilidad penal de los médicos en homicidio culposo, que le asiste a este profesional una posición de garante respecto de su paciente, antes , durante y después del acto médico, o en otras palabras en la fase pre-operatoria, operatoria o concomitante a la intervención y post-operatoria, con el objetivo de evitar posibles riesgos que puedan afectar la salud o la vida del paciente, ya que como pone de relieve el (Tratadista) Félix Tasayco, el médico debe tener conocimiento sobre los factores de riesgo de su conducta que puede determinar la configuración del injusto imprudente.

Por lo demás, se ha establecido que la causa del deceso de la agraviada se produjo por sufrimiento fetal agudo, por haber sido sometida la madre a una cesárea tardía practicada por la imputada, a la cual también coadyuvó la obstetra imputada, a pesar de haber ingresado al Hospital SSSS a la una de la madrugada.

La propia acusada RRR ha reconocido que el día de los hechos se encontraba de Guardia en su calidad de Médico Ginecóloga en el Hospital SSSS, reconoce haber sido notificada tanto por AAA como por el Interno de medicina GGGG de la situación que presentaba la paciente FFF, señala que la imputada CCC no le comunicó personalmente el ingreso de esta paciente al Centro Obstétrico en forma personal sino a través de otra persona.

En lo referente a la imputada CCC ésta, en su calidad de obstetra, señala que la paciente FFFF fue transferida a las cuatro de la mañana con cuarenta minutos, que a las 6.40 am le avisa a la Ginecóloga el estado de la paciente, ingresando recién a las 7.15 hrs. ésta al Centro Obstétrico, y a pesar que era su obligación tomar los signos vitales de los latidos del feto, para controlar su estado de salud, no lo hizo, no comunicó oportunamente el estado de la paciente FFFF a la médico de turno, coadyuvando a que se produjera la situación que produjo posteriormente el fatal desenlace.

Consideramos por todo lo expuesto que ha quedado debidamente acreditado en autos la violación al deber objetivo de cuidado que les competía a cada una de las imputadas, a una como médico ginecóloga quien tenía la responsabilidad de evaluar antes, durante y posteriormente a la paciente y a la otra como obstetra por no cumplir con sus obligaciones específicas como se ha detallado, habiéndose acreditado en consecuencia, el nexo causal entre el hecho culposo cometido por ambas con la muerte de la agraviada.

FALLO

Por las consideraciones expuestas, analizando los hechos y las pruebas conforme a las reglas de la sana crítica y de conformidad con las normas antes señaladas, la X SALA **DE APELACIONES DE LA CORTE SUPERIOR DE JUSTICIA DE KKK POR UNANIMIDAD, RESUELVE CONFIRMAR** la sentencia apelada su fecha seis de marzo

del año dos mil doce que **CONDENA** a RRR y a CCC como autoras del delito de **Homicidio culposo por inobservancia de reglas de profesión**, en agravio de la recién nacida LLL, a SSS a **CUATRO AÑOS** de pena privativa de libertad suspendida en su ejecución por el período de prueba de **DOS AÑOS**, y a CCC a **TRES AÑOS** de pena privativa de libertad suspendida en su ejecución por el período de prueba de **DOS AÑOS**, término en el cual deben cumplir con las reglas de conducta allí señaladas, entre ellas Reparar el daño causado abonando el íntegro de la reparación civil de **DIECIOCHO MIL** nuevos soles como reparación por el daño causado, que debe abonar la sentenciada RRR la sentenciada CCC la suma de **DOS MIL** nuevos soles que debe ser abonado por cada una de las sentenciadas en forma solidaria con el tercero civil responsable el hospital SSSS con lo demás que contiene y los devolvieron”.

En la determinación de la responsabilidad médica penal en la producción de un daño al paciente es determinante la opinión de los peritos legales en las que finalmente se basa la decisión de los tribunales de justicia.

Navarro y col (2013) en un importante estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima, Perú; en el que revisaron 457 informes periciales por responsabilidad profesional médica entre los años 2005 y 2010 señalan que:

“La valoración cualitativa del acto médico, desde el punto de vista médico legal, se realiza a través de un proceso que involucra la comparación de los hechos (condición) con las normas y reglas que rigen a la profesión (criterio); con estándares que establecen la práctica médica habitual (lex artis – “aquello que es practicado y conocido por todo médico diligente”); en la conclusión del informe pericial debe registrarse la valoración cualitativa del acto médico, la lesión o daño corporal, el nexo de causalidad, y la obligación de medios o de seguridad incumplido. Cuando se valora al acto médico como adecuado a la lex artis, denota una denuncia impertinente o que no viene al caso; donde, probablemente, la motivación para realizar la denuncia no sea legitimada por una motivación razonada de parte del abogado que patrocina la denuncia. Esto cobra especial importancia si se pondera los efectos en el equipo o institución sanitaria, los que se han descrito en numerosas publicaciones y que abarcan desde efectos económicos, sociales, hasta individuales.

Los valorados como denuncias pertinentes (desde el punto de vista médico legal), debido a que los actos médicos cuestionados no estaban de acuerdo a la lex artis, correspondieron en mayor porcentaje a especialidades quirúrgicas, especialidades en las que un error por acción u omisión tienden con mayor probabilidad a generar un resultado no deseado, o la falta de documentación de un procedimiento

perioperatorio puede ser relacionado a una conducta no diligente, situaciones que explican este hallazgo.

Nuestros resultados (17,1%) son mayores a los encontrados por Tamara et al. en Colombia, quienes reportan que sólo el 9% de casos se apartaba de las normas de atención. Madea et al. reportan un 13,5% de casos confirmados de mala práctica médica en autopsias de reclamaciones por presunta negligencia médica. Asimismo, los resultados reflejan las implicancias y el impacto social y familiar que acarrea la muerte de una gestante o de un producto deseado, lo que aunado a las políticas de disminución de la mortalidad materno - infantil, han conllevado a que de oficio, se investiguen todas las muertes maternas, lo que evidentemente contribuye al incremento de la cantidad de denuncias contra especialistas en la especialidad de ginecología y obstetricia.

Según la causa a la que se atribuye la lesión, cuando se trata de las especialidades de neurocirugía, anestesiología, y en menor medida en cirugía general, el número de casos donde la etiología de la lesión se atribuyó a la asistencia sanitaria fue mayor. Lo contrario ocurre en medicina interna, pediatría y traumatología, donde la lesión fue atribuida a la evolución de la enfermedad. De manera global, el porcentaje de lesión cuya causa fue atribuida a la asistencia sanitaria es de 19,1%, resultados que son superiores a los encontrados en el estudio ENEAS (27) (2005) donde la incidencia de eventos adversos atribuidos a la asistencia sanitaria fue de 9,3%. Sin embargo, estas diferencias se explican por las características de la población de estudio, ya que en el presente trabajo se tomaron en cuenta solo las que ya tenían una denuncia judicial; un hecho similar ocurre si se comparan los resultados con los del estudio IBEAS”

Consentimiento Informado

La ausencia de consentimiento informado como motivo de denuncia ha venido creciendo notoriamente en el periodo de estudio. Esto puede relacionarse con la cada vez mayor importancia tanto ética como legal que viene adquiriendo el tema en la actitud de médicos y pacientes en nuestro medio.

Al respecto Revilla y Fuentes (2007) exponiendo sobre la realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana señalan “Los médicos aún no están totalmente convencidos sobre la necesidad, o la pertinencia, de permitir que los pacientes participen en el proceso de tomar decisiones. El consentimiento informado no es conocido ni concebido como un proceso, y tampoco es aplicado en todos los ámbitos donde se requieran decisiones en la práctica médica. Los médicos jóvenes no conocen el real

significado del consentimiento informado, nosotros hemos experimentado personalmente en mis pocos años de práctica. Es tan grande la subestimación de este acto, que resulta ser un simple documento legal obligatorio que debe ser firmado por el paciente, y para ello usualmente los encargados de obtener la firma en el formato de consentimiento son los internos de medicina. Así, lo que importa es la firma, no los medios por los cuáles se obtenga”.

Al parecer la situación no es diferente en otros países de la región a juzgar por lo reseñado por Miziara (2013) señala que *“En Brasil, existe una visión distorsionada que obtener el consentimiento del paciente para un determinado procedimiento o terapia es la mejor manera para que el médico se proteja contra futuras acciones legales, en caso de un resultado desfavorable. Este punto de vista no sólo es distorsionado, es erróneo: la naturaleza de la relación médico-paciente permite varias interpretaciones cuando se trata de definir la responsabilidad profesional en los tribunales. Algunos autores la definen como contractual, a través del deber de diligencia, es decir, el compromiso profesional”.*

El artículo 49 del CE y D de 1970 prescribe que *“el médico no debe exponer a su paciente a riesgos injustificados y deberá pedir su consentimiento escrito para aplicar tratamientos especiales, realizar pruebas riesgosas o practicar intervenciones que puedan afectarle físicamente”.* En este artículo se puede apreciar una muy incipiente y limitada formulación del concepto del consentimiento informado en tanto restringe su exigencia a intervenciones de riesgo manifiesto. En el CE y D del 2000, se plantea el tema en forma mucho más avanzada, reflejando precisamente la evolución de las concepciones así su artículo 43 dice: *“Toda intervención o procedimiento médico debe efectuarse con el consentimiento informado del paciente. Ello consiste en que el médico informa completa y claramente al paciente sobre el procedimiento a realizar, comprueba que la información ha sido entendida por éste y, finalmente, el paciente consiente con autonomía.”* Además mantiene la prevención sobre la exposición injustificada a riesgos en el artículo 53 el que señala: *“El médico no debe exponer a su paciente a riesgos injustificados. Para aplicar tratamientos experimentales, realizar procedimientos riesgosos o*

practicar procedimientos que dejen secuelas transitorias o permanentes, deberá informar adecuadamente al paciente y solicitar de él, o del llamado por ley, el consentimiento informado por escrito”

Zavala y col. publicaron el 2010 los resultados de una encuesta aplicada a 1,400 médicos en su mayoría recién egresados que rendían examen para obtener una plaza de residencia médica con el objeto de evaluar el conocimiento sobre consentimiento informado explorando lo que sabían más que cuánto sabían sobre ese tema específicamente, los autores al analizar los datos obtenidos concluyen que *“Los resultados del presente estudio señalan claramente deficiencias de formación en conocimiento sobre el consentimiento informado. Ello explicaría parcialmente las dificultades para su plena incorporación en la práctica médica. La Ley General de Salud, vigente desde 1997, establece su obligatoriedad; sin embargo, más que por razones legales, debemos buscar que sea el trasfondo ético de esta nueva forma de relación médico paciente lo que fortalezca su uso desde las etapas formativas del profesional médico”*.

Para lograr cambio de actitudes Berg y col (2001) señalan la necesidad de esfuerzos sistemáticos para educar a los médicos. Para ello, los médicos deben ser: 1) expuestos a los principios éticos que subyacen al consentimiento informado, de modo que los entiendan y, lo que es más importante, que los internalicen; y, 2) persuadidos de que existe un modelo para poner en práctica el consentimiento informado, que no arregla pero mejora la relación médico paciente y la atención de salud. Ellos deben llegar a creer que los intereses de la autonomía y la salud pueden ser reconciliados de manera que no se perjudique esta última.

Resultados del proceso ético-disciplinario

El Estatuto, Reglamento y Código del CMP establece las sanciones a las infracciones ético-deontológicas y consideramos pertinente transcribir lo que dice al respecto:

“...las sanciones se aplican siempre al agente de infracción. La responsabilidad por la comisión de una infracción, sea por acción u omisión, es personal no hay responsabilidad objetiva o por resultado. Se consideran causas atenuantes de responsabilidad: ausencia de antecedentes, el reconocimiento oportuno de la falta, el compromiso fidedigno de enmienda, la reparación del daño anterior a la denuncia, la alteración mental transitoria, la evidencia o establecimiento de falta de intención. Se consideran causas agravantes de responsabilidad: rebeldía, reincidencia, desacato, falso testimonio, condición de miembro directivo del CMP, falta de ecuanimidad previsible o evitable.

En el presente estudio no se encontró responsabilidad en el 51.3% de los médicos denunciados y la sanción impuesta más frecuente fue la suspensión temporal de la autorización para ejercer, Sin embargo las sanciones más severas (suspensión, inhabilitación, expulsión) se impusieron casi al 60% de los médicos en los que se halló responsabilidad; mientras que las sanciones menos severas (nota de extrañeza y amonestación) se impusieron al 40%. Seis médicos merecieron la máxima sanción de expulsión que constituye la suspensión definitiva de la autorización para ejercer.

Al correlacionar las características de los médicos con la gravedad de la falta se encontró que ser médico general, varón y trabajar en regiones diferentes a Lima y Callao esta estadísticamente asociada a la posibilidad de recibir sanciones más severas.

Nuestros hallazgos sobre la frecuencia de los médicos sancionados es similar a lo informado por el Consejo Regional de Medicina de Sao Paulo (CREMESP) Brasil, alrededor del 50% de las quejas que dan lugar a procesos éticos merecen algún tipo de sanción, por violar uno o varios artículos del código de ética médica. Sin embargo, en otras regiones como Bahía (CREMEB) informan menor frecuencia de sanción: de los 372 médicos procesados, sólo 38 (23,9%) fueron declarados culpables; mientras que 50

(31,4%) fueron absueltos por falta de pruebas y 70 (44%) con inocencia probada (Bithencourt 2007).

En el Reino Unido, Smith (1989), presenta los resultados de 40 médicos juzgados por el comité de conducta profesional del General Medical Council, en 1988. Once médicos fueron absueltos y seis amonestados.

En Australia y Nueva Zelanda, de 485 casos juzgados por tribunales médicos disciplinarios, el 43% fue removido del ejercicio profesional ya sea temporal (vía suspensión) o permanentemente (vía revocación de la licencia). En 19% la única medida disciplinaria impuesta fue una sanción no restrictiva (p. e., amonestación, multa) que no interrumpe la habilidad del médico para continuar ejerciendo (Elkin, Spittal, Elkin, & Studdert, 2011).

Rothman (2000), señala que las sociedades profesionales, con pocas excepciones, no han disciplinado eficazmente a sus miembros, pese a que por ley pueden sancionar con amonestación, suspensión y expulsión. Hay comentarios que las quejas contra los miembros son pocas y raramente resultan en acciones disciplinarias. Las sociedades norteamericanas de Anestesia y Obstetricia lograron instituir medidas de seguridad en la atención de pacientes, en base al análisis de demandas por negligencia médica concluidas, disminuyendo su incidencia, costos y mejorando la satisfacción del médico. Los autores del estudio concluyen que la reforma de los procedimientos judiciales no es el único medio para hacer frente a la incidencia y costos por demandas de mala práctica. La experiencia de las citadas sociedades demuestra que las pautas de seguridad derivadas del análisis de procesos judiciales pueden lograr los mismos objetivos a la par que promueve la seguridad del paciente.

Kohatsu y col (2004) mencionan que una idea de la incidencia de acciones disciplinarias en los 800 000 médicos licenciados en los Estados Unidos, la da la cifra de aproximadamente 4000 medidas disciplinarias impuestas por los Medical Boards estatales en el 2001. Mencionan también que una revisión internacional reportó una prevalencia del 5% de médicos con problemas disciplinarios recurrentes en varios países.

La *Federation of State Medical Boards of the United States* (2014) señala que los *Medical Board* estatales y territoriales utilizan una variedad de instrumentos disciplinarios lo que les permite flexibilidad para aplicar el nivel de respuesta disciplinaria apropiada al asunto que se trata. Las categorías de las acciones del consejo incluyen: Amonestación escrita, sanción administrativa (en faltas muy leves), multa, requerimiento que el médico complete la educación médica continua, ejercicio médico condicionado, denegación de licencia de ejercicio, restricción, suspensión y cancelación de la licencia.

Ha habido fluctuaciones menores en el número de médicos que reciben sanciones de un consejo estatal durante los últimos cinco años. Una comparación de los datos de 2012 y 2008 muestra que la mayoría de las categorías de sanciones han experimentado aumentos - particularmente las reprimendas, las restricciones, la imposición de educación médica continua adicional y las suspensiones de las licencias de los médicos. Las excepciones fueron las sanciones relacionadas con las funciones administrativas y las condiciones impuestas y la categoría de "otros" que han tenido disminución lo que parece indicar una tendencia hacia una mayor especificidad por las juntas médicas estatales en los últimos años. La sanción más drástica la revocación o cancelación de la licencia fue impuesta a 377 médicos el 2008 y a 472 médicos el 2012, esto es el 0,5 por mil de los médicos con licencia activa.

Características de los médicos implicados

En el presente estudio se analiza las características en cuanto a sexo, años de experiencia profesional, especialidad de los médicos procesados.

Kohatzu y col (2004) expresan preocupación por el hecho que pese a la importancia del desempeño médico como un factor esencial en los programas de mejora de la calidad de atención hay pocos estudios que examinan las características de los médicos sancionados como grupo. Una búsqueda de MEDLINE efectuada por ellos para el período de enero de 1970 a marzo de 2002 no produjo estudios prospectivos y un único estudio de casos y controles.

Sexo:

En el presente estudio, la mayoría de los médicos demandados fueron hombres, siendo un total de 265 (85,2%) frente a 31(14,8%) mujeres.

En el estudio australiano de Elkin y cols. (2011), los varones fueron sancionados por faltas éticas cuatro veces más que sus colegas mujeres. Unwin et al. (2015) llevaron a cabo un meta-análisis para establecer la solidez de la asociación entre sexo masculino y pobre desempeño profesional médico; después de un amplia búsqueda en las principales bases de datos examinaron 32 estudios relacionados con el género de las médicos con acciones médico-legales, que incluían tanto acciones disciplinarias como procesos y quejas por mala práctica; luego del tamizaje, 19 estudios fueron incluidos en el meta-análisis el que dio como resultado que los médicos varones tenían una probabilidad dos veces y media mayor de ser involucrados en una acción médico legal que sus colegas femeninas.

Alam y col (2011) estudiaron las características de los sancionados por los colegios médicos de Canadá entre el 2000 y el 2009 encontraron que una alta proporción de ellos fueron varones. Se cita a Taragin quien sugiere una serie de diferencias entre los estilos de ejercicio de los médicos varones y mujeres, en particular en lo relativo a la interacción con los pacientes. Específicamente sugieren que las médicas se comunican mejor con los pacientes y esto tiene directa influencia en su baja tasa de denuncias y quejas.

Años de experiencia profesional

En nuestro estudio la media de años de experiencia profesional de los médicos involucrados en denuncias fue 22,5 y es algo mayor que el encontrado en el ya mencionado estudio de Elkin *et al* (2011), donde la media de años de experiencia profesional fue 21,4 años. El estudio norteamericano de Jena, Seabury, Lakdawalla, & Chandra (2011), halló que alrededor de los 65 años de edad, el 75% de los médicos en especialidades de bajo riesgo y el 99% de los de alto riesgo ha enfrentado una demanda, aunque la mayoría no termina en pago al demandante. En el mencionado estudio de Kohatzu y col (2004) el aumento de la edad medido en incrementos de 20 años y el sexo

masculino se asociaron con un mayor riesgo de disciplina. Al respecto señalan que si bien la edad se asoció positivamente con la disciplina no está claro si ello se debe al incremento de la edad o a una mayor exposición a las quejas y al proceso disciplinario con el tiempo.

Alam y col (2011) estudiaron las características de los médicos sancionados por los colegios médicos de Canadá, encontraron que el promedio de experiencia profesional antes de la medida disciplinaria fue de 28.9 años

Estos datos contradicen la idea frecuente de que los médicos con poca experiencia profesional son más vulnerables a las denuncias.

Especialidad Médica

En nuestro estudio, de los 296 médicos procesados, 49 no tenían especialidad. Entre los que tenían registro de especialista las más frecuentemente implicadas fueron las quirúrgicas, 43,1%. Asimismo, la gravedad de la falta ética se relacionó significativamente con las especialidades quirúrgicas en el análisis bivariado, siendo la especialidad de gineco obstetricia con más sanciones.

Respecto a la ginecología y obstetricia, un estudio en 47 hospitales a nivel nacional, entre 2001-2008, revela que el 33,6% de las infecciones nosocomiales corresponden a endometritis puerperal y de éstas el 76% es por cesárea. En el Estado de Sao Paulo, Boyaciyen & Camano (2006) informan que se llevaron a cabo 4.138 procesos disciplinarios contra médicos entre 1994 y 2004; 503 (12,16%) relacionados con Ginecología y Obstetricia que involucraban a 781 médicos. Los procesados fueron predominantemente hombres, menores de 45 años de edad que realizaron residencia médica y no tenían certificado de especialista. Similares hallazgos dan a conocer realizado en el estado de Bahía en 372 médicos procesados en el ámbito ético-disciplinario. Las especialidades de los médicos procesados fueron tres: ginecología y obstetricia (23, 2%), cirugía (8,8%) y anestesiología (6,9%). Nuestro estudio encontró que la especialidad de ginecología presentó 40 (12,9%), anestesiología 11 (3,5%) y de las quirúrgicas fueron 134 (43,1%) demandas en total.

Adicionalmente, es de interés el estudio caso-control realizado por Papadakis, Hodgson, Teherani, & Kohatsu (2004), los casos fueron graduados con sanción disciplinaria impuesta por los *state medical-licensing boards* y los controles graduados sin tal sanción. Encontraron que en los médicos sancionados hubo una proporción tres veces mayor de conducta no profesional durante sus estudios en la escuela de medicina, comparativamente con los controles. La conducta no profesional fue por mucho el factor predictor más fuerte de acción disciplinaria en el ejercicio profesional. Más aún los más irresponsables tuvieron riesgo de acción disciplinaria posterior, ocho veces mayor que los controles.

En Colombia, Amorocho & Guzmán (2008) revisó casos juzgados durante el quinquenio 2000–2004, hallando que se atendieron 308 quejas y de éstas fueron objeto de investigación 219, por presunta violación a las normas éticas, por lo cual se inició el respectivo proceso ético disciplinario. El 39,7% de las demandas fueron contra médicos generales, el 10% especialistas en ortopedia y cirugía general, respectivamente.

También en Colombia, un equipo de investigadores revisó 402 informes periciales y halló que las especialidades médicas implicadas más frecuentemente fueron: gineco-obstetricia (41%); otras áreas quirúrgicas (45%); áreas clínicas (6%); pediatría (5%), (Tamara, Jaramillo, & Muñoz, 2011).

Un hallazgo notorio en los casos del presente estudio es que, en los procesos judiciales penales y civiles, al igual que en los procesos éticos-disciplinarios, las especialidades quirúrgicas están implicadas con mayor frecuencia.

En la frecuencia de las especialidades quirúrgicas en las demandas es de interés el estudio analítico que llevara a cabo Danzon (1986). Su artículo: *Frecuencia y severidad de las demandas de mala-práctica: nueva evidencia*, hace un análisis estadístico del impacto de las reformas a la normatividad legal en los litigios norteamericanos y encuentra que el número de procedimientos quirúrgicos per cápita se relacionó positivamente con la frecuencia de demandas por médico y plantea que la probabilidad de ser demandado es

mayor para tales procedimientos. Asimismo, el origen iatrogénico es más obvio y serio en resultados adversos de la cirugía que en otros tratamientos médicos, prueba de esto es que el número de demandas pagadas es más sensible al número de procedimientos quirúrgicos que al total de demandas.

Así mismo en México, Fajardo *et al* (2009) analizaron las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) entre 1996-2007 y hallaron evidencia de mala práctica en el 27% siendo ginecología la más frecuente, y las quejas por tratamiento fueron cuatro veces más frecuentes que las de diagnóstico. Este estudio reveló que a partir del año 2007 las demandas se incrementaron a más de la mitad y de ellas las causas que motivaron este crecimiento fueron la mala comunicación y la mala atención.

En el tema de la seguridad del paciente, se llevó a cabo un estudio en el Hospital General de México, orientado a disminuir las quejas y demandas relacionadas con servicios quirúrgicos, atendidos por el departamento jurídico, de enero 2008 a octubre 2009. Concluyen que si se hubiera aplicado las metas internacionales de seguridad del paciente se hubiera evitado el 50% de las quejas. La cuarta meta de seguridad del paciente garantiza la cirugía en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y el paciente correcto (Campos, Hurtado, Bazurto, & Zaldivar, 2011).

Kohatzu y col (2004) realizaron un estudio de casos y controles de médicos sancionados por la Junta Médica de California entre el 1 de julio de 1998 y el 30 de junio de 2001 con el objeto de comprender mejor los posibles factores de riesgo para incurrir en procesos disciplinarios encontraron que los médicos de las especialidades de obstetricia y ginecología, medicina general, psiquiatría y práctica familiar tenían mayor riesgo mientras que los de pediatría y radiología tenían menos riesgo de ser sancionados.

Es singular el dato aportado por Alam y col (2011) al estudiar características de los médicos disciplinados por los colegios médicos de Canadá encontraron que las especialidades más frecuentes fueron medicina familiar y psiquiatría.

Procesos Judiciales

En el año 2009, en el Perú, se realizaron un poco más de 60 millones de atenciones de salud; en ese mismo periodo, la cantidad de denuncias realizadas en las diferentes instancias como son la Oficina de Transparencia y Defensoría de la Salud del MINSA, la Defensoría de EsSalud, Colegio Médico del Perú, Fiscalías y Poder Judicial, representan el 0,0076% del total de atenciones. No obstante, autores como Woolcott (2010), abogada peruana especializada en el tema de la responsabilidad civil del médico señala que, de una búsqueda realizada en el banco de expedientes del Palacio de Justicia, entre 1980-2002, sólo pudo hallar diecinueve. Concluye que este número no puede constituir la totalidad de casos de negligencia médica judicializados, lo que muestra es que el sistema de archivos del poder judicial es ineficiente y hace inaccesible la investigación sobre la materia.

Procesos penales. En el presente estudio, tal como se señala en la sección de material y métodos, las sentencias fueron seleccionados por conveniencia, por consiguiente, la frecuencia de homicidio culposo, lesión culposa, y exposición a peligro no se pueden generalizar a todos los casos de negligencia en el país.

Procesos civiles: Si bien el número de sentencias de demandas por daños y perjuicios es pequeño ($n=6$), y no permite hacer generalizaciones, consideramos que éstos resultan ilustrativos de los procesos civiles en el país. En nuestro estudio la totalidad de los procesados fueron establecimientos de salud privados, siendo las especialidades quirúrgicas las implicadas más frecuentemente.

Monto de la indemnización. En nuestro estudio, la reparación civil en procesos penales fluctuó entre S/ 1,000 hasta (mil nuevos soles) S/ 50,000 (cincuenta mil nuevos soles) siendo la media S/ 15,000 (quince mil nuevos soles). Los casos corresponden a la década de los 90, siendo la más temprana del año 1993 y los últimos casos del 2004.

La magnitud de estos montos indemnizatorios que a título de reparación civil disponen los jueces, tanto en la vía penal como en la civil, no sustentan la

urgencia con la que periódicamente en el ámbito legislativo se busca instaurar seguros obligatorios de responsabilidad médica que además de ser jurídicamente insostenibles (Vargas, Cárdenas, Villena, Woolcott, & Canelo, 2011) no resuelven las necesidades de los pacientes dañados. Por estas razones, resulta necesario abordar el estudio de la alternativa preventiva en torno a la estrategia de seguridad de paciente y, por otro lado, estudiar las experiencias de compensaciones no basadas en la culpa que han emprendido países como Suecia, Nueva Zelanda y Canadá; ello exige cambios en la orientación de nuestro ordenamiento jurídico, en el sentido de dar cabida a las tesis de la responsabilidad objetiva en los riesgos que implica al atención de salud (Woolcott, 2010).

En los EEUU, Danzon (1986) destaca las elevadas indemnizaciones dispuestas en favor de los pacientes por jurados y jueces, que subieron en promedio de \$ 404,726 en 1980 a \$954,858 en 1984, lo que condujo al desarrollo de la industria del seguro médico contra la mala práctica, que afectaba a las especialidades con mayor riesgo como la gineco-obstetricia (Rostow & Bulger, 1989) (Weiler, Hiatt, Newhouse, Johnson, Brennan, & Leape, 1993).

El estudio (Studdert, y otros, 2006), en una muestra aleatoria de 1,452 procesos judiciales por negligencia médica culminados, concluye que: 1) el sistema de mala-práctica norteamericana funciona razonablemente bien separando las demandas con y sin mérito, compensando a los primeros, hubo mérito en aproximadamente tres de cuatro demandas que lograron indemnización; y, que 1 de cada seis demandas con mérito no alcanzaron compensación; 2) disputar y pagar por errores explica la mejor parte de los costos de mala-práctica, y los gastos administrativos del proceso explican aproximadamente el 80% de los gastos totales. El tiempo promedio entre lesión y resolución fue de cinco años, y una de tres demandas tomó seis años o más.

La vigencia de un sistema legal que tiene un número cada vez mayor de litigios médicos propicia un ambiente en el que prima la insatisfacción y el descontento, tanto de médicos como de pacientes; los primeros por el

incesante incremento en las primas de los seguros y los segundos porque cuando sus demandas tienen mérito no alcanzan el beneficio pleno de la indemnización, debido a que los costos del litigio son altos, complejos y prolongados. Esta situación ha dado lugar a la búsqueda de reformas orientadas a simplificar los procedimientos legales y poner límites a los montos indemnizatorios. Tales medidas, sin embargo, no son aun del todo satisfactorias y por el contrario muestran que su influencia en mejorar la calidad y seguridad de la atención médica resulta discutible. En los EEUU al igual que el Reino Unido, algunos autores plantean una mejor alternativa, un cambio radical consistente en adoptar una modalidad de indemnización a los pacientes que resulten afectados por la atención de salud basada en el concepto *no fault* (sin culpa). Los argumentos a favor sostienen que, al compensar sin necesidad de demostrar la culpa, daría lugar a una compensación más rápida y equitativa al paciente dañado, con menores costos de transacción. Sin embargo, quienes cuestionan este cambio arguyen que no está claro si un sistema no-culpa amplio incentivaría a los proveedores para brindar una atención diligente, así como las dificultades existentes para su aplicación práctica, por la oposición de abogados y compañías de seguros (Kessler, 2011).

El estudio de Jena *et al* (2011), explora el riesgo de mala práctica y pago de indemnización de acuerdo a la especialidad médica. Los datos se obtuvieron de una aseguradora de responsabilidad que da cobertura a médicos de todos los estados de los Estados Unidos. Hallaron que el 7,4% de los médicos tuvieron una demanda anual y el 1,6% pagó indemnización. Hubieron variaciones significativa entre las especialidades, en la probabilidad de ser demandado: desde 19,1% en neurocirugía, 18,9% cirugía torácica - cardiovascular y 15,3% cirugía general; hasta 5,2% en medicina familiar, 3,1% pediatría y 2,6% psiquiatría. Sin embargo, las especialidades en las que una mayor proporción de médicos enfrentan una demanda, no necesariamente fueron las que pagaron los montos más altos de indemnización.

Por su lado, en un estudio de seguimiento de casos de negligencia o lesión, ocurrido diez años atrás, en el estado de Nueva York, hallaron que la

severidad de la discapacidad fue indicador de éxito en el logro de compensación para el paciente dañado mientras que un nivel de ingreso alto no lo fue, aunque se observó una tendencia hacia esa dirección. Adicionalmente, la investigación puso de manifiesto que *arte* del litigio resulta relevante puesto que en algunos casos se logró compensación sólo porque el médico no tuvo buenos testigos. Los autores plantean una pregunta central en el tema: ¿por qué el sistema penal norteamericano persiste en incurrir en la costosa determinación de la existencia de negligencia, que crea una atmósfera adversa y obstaculiza los esfuerzos para mejorar la calidad de atención, y no considera directamente el pago por lesión médica ante la presencia de una discapacidad? (Brennan, Sox, & Bustin, 1996).

Limitaciones del estudio

Los datos en los que se basa este estudio provienen de las resoluciones finales emitidas en los procesos ético-disciplinarios y judiciales son por lo tanto una fuente secundaria. Un análisis más exhaustivo de los procesos derivados del acto médico requerirá el examen de los expedientes correspondientes.

Además los proceso estudiados constituyen una parte de la totalidad de denuncias atendidas por el CMP, sólo aquellas que han sido impugnadas a nivel de los Consejos Regionales y que merecieron finalmente una resolución del Consejo Nacional.

Limitaciones del estudio

Los datos en los que se basa este estudio provienen de las resoluciones finales emitidas en los procesos ético-disciplinarios y judiciales son por lo tanto una fuente secundaria. Un análisis más exhaustivo de los procesos derivados del acto médico requerirá el examen de los expedientes correspondientes.

Además los proceso estudiados constituyen una parte de la totalidad de denuncias atendidas por el CMP, sólo aquellas que han sido impugnadas a nivel de los Consejos Regionales y que merecieron finalmente una resolución del Consejo Nacional.

Sin embargo creemos que los hallazgos reflejan una clara tendencia de lo que viene ocurriendo respecto a las denuncias por faltas éticas de médicos colegiados en el país. En relación a casos de procesos judiciales por negligencia médica, los hallazgos del estudio no se pueden generalizar, por tratarse de una muestra por conveniencia y no aleatoria, tal como explicamos en la metodología.

CONCLUSIONES

1. El número de procesos ético-disciplinarios resueltos por el Consejo Nacional del Colegio Médico del Perú se triplicó a partir del quinquenio 2006-2010, durante el periodo de estudio 1991-2015.
2. La tasa de incidencia de médicos procesados por faltas éticas fue diez veces más altas en Lima y Callao que en el resto del país
3. Las denuncias más frecuentes fueron por la mala atención (55%) que engloba las faltas: *Propiciar y/o dar atención descuidada, superficial o incompleta; Exponer al paciente a riesgos injustificados; atender pacientes cuya dolencia no corresponde a su especialidad*
4. La severidad de la falta ética se asoció significativamente a: médico general, sexo masculino y ejercer en otras regiones del país
5. Las especialidades de los 448 médicos implicados en los 296 procesos ético- disciplinarios fueron quirúrgicas (48%), médicas (26%) y medicina general (26%)
6. Las especialidades médicas implicadas con mayor frecuencia en los procesos ético-disciplinarios fueron en las quirúrgicas, primero la ginecología-obstetricia seguida de cirugía general; y en las médicas, psiquiatría seguidos de medicina interna, pediatría y anestesiología
7. En los procesos judiciales las especialidades más frecuentemente implicadas fueron las quirúrgicas, primero la ginecología-obstetricia seguida de cirugía general; y en las médicas, anestesiología seguidas de medicina interna y pediatría
8. La sentencia penal fue condenatoria en el 58% de los 36 casos; la duración media del proceso fue 4 años 4 meses (rango 1-6 años); y la media del monto de indemnización S/ 14,857 (rango S/ 1,000-S/ 50,000)
9. La sentencia civil fue condenatoria en la mitad de los casos; la duración del proceso fluctuó entre 3-7 años; y el monto de la indemnización entre S/ 20,000 – S/ 70,000

RECOMENDACIONES

1. Introducir el tema de la seguridad del paciente en el plan de estudios de las escuelas de medicina y las instituciones formadoras de los profesionales de la salud
2. Generar espacios interdisciplinarios médico y jurídicos para estudio de los eventos adversos derivados del acto médico, en universidades y asociaciones médicas
3. Proponer coordinaciones intersectoriales para estudio y desarrollo de estrategias preventivas de los eventos adversos médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agurto, C. (2010). Algunas reflexiones sobre la naturaleza jurídica de la responsabilidad civil médica. Disponible en: *Comparazione e Diritto civile*. Obtenido el xxxx, desde <http://www.comparazionedirittocivile.it>
- Amorocho, N., Guzmán, N. (2008). Por qué demandan a los médicos ante el Tribunal de Ética Médica en el departamento del Valle del Cauca. *Tribuna Ética Médica Cali*, 11-19.
- Asociación Médica Mundial <http://www.wma.net/es/10home/index.html>
- Andrews, L., Stocking, C., Krizek, T., Gottlied, L., Vargish, T., Siegler, M. (1997). An alternative strategy for studying adverse events in medical care *The Lancet*, 349(9048), 309 – 313.
- Aranaz, J. M. (2004) Epidemiología de los acontecimientos adversos en la asistencia hospitalaria. Aranaz y Vitaller (Ed), *De las complicaciones y efectos adversos a la gestión de los riesgos de la asistencia sanitaria*. (pp 273-278). Grupo IDEA Comunidad Valenciana
- Baker, G. R., Norton, P.G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., Etchells, E., Ghali, W. A., Hébert, P., Majumdar, S. R, O’Beirne, M., Palacios-Derflinger, L., Reid, R. J, Sheps, S., Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospitalized patients in Canada. *CMAJ*, 170(11), 1678-86.
- Banks, A. (1839). Medical etiquette or an essay upon laws and regulations wich ought to govern the conduct of the members of medical profession in their relation with each others. Palmer and Clayton preenters, London. Obtenido el xxxx, desde <https://archive.org/details/b21446386>.
- Bardo, J. (1967). A history of legal regulation of medical practice in New York State. *Bullnyacadmed*, 43(10), 920-940.
- Barsallo, J. (1999). Historia del Colegio Médico del Perú. (pp 14). Lima.

- Beauchamp, T., Childress, J. (1979). The principles of biomedical ethics, *Oxford University Press*. Sixth edition.
- Bazán, C., Garay, J., Villena, A., Zavala, S., Peña, S., Fernández., Manga, S. (2011). Informe del comité ad-hoc para la investigación de las causas y efectos de eventos adversos en el ejercicio del acto médico, sobre caso de error en el sitio quirúrgico en *Cuadernos de debate en salud*. El Acto Médico. Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú.
- Bismark, M., Spittal, M., Studdert, D. (2011). Prevalence and characteristics of complaint-prone doctors in private practice in Victoria. *MJA*, 195(1).
- Bismark, M., Spittal, M., Gurrin, L., Ward, M., Studdert, D. (2013). Identification of doctors at risk of recurrent complaints : a national study of health care complaints in Australia *Quality and Safety in Health Care*, 1–9.
- Bitencourt, A. et al. (2007). Análise do erro médico em processos ético profissionais : implicações na educação médica. *Rev. bras. educ. Med*, 31(3), 223-228.
- Bourne, T. (2015). The impact of complaints procedures on the welfare, health and clinical practise of 7926 doctors in the UK: a cross-sectional survey. *BMJ*, 4.
- Boyaciyán, K., Camano, L. (2006). O perfil dos médicos denunciados que exercem ginecologia e obstetricia no estado de São Paulo. *Rev Assoc Med Bras*, 52(3), 144-7144.
- Bramont, L. M. (2002). Manual de derecho penal. 2da edición. EDDILI distribuidora de libros S.A.(Ed).
- Brennan, T. A., Sox, C., Bustin, H. (1996). Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation *The New England Journal of Medicine*, 335(26), p1963.
- Bustíos, C. (2000). Periodo de la conquista y el virreinato. Academia Peruana de Salud (Ed), *Historia de la Salud en el Perú*, 2,(pp 71). Lima.

- Campos, C., Hurtado, L. M., Bazurto, E., Zaldivar, R. (2011). Prevención de quejas y demandas al aplicar las metas de seguridad en el paciente quirúrgico. *Cirujano General*, 33(3).
- Cárdenas, M., Sogi, C. (2013). Enseñanza de la ética en las escuelas de medicina peruanas: un estudio de sílabos. *An Fac med*, 74(2), 107-15.
- Clark, G. (1965). History of the Royal College of Physicians of London. *Brit med j*, 1, 79-82
- Colegio Médico de Chile (10 Dic 1948) Ley 9.263. Diario Oficial de Chile.
- Colegio Médico del Perú. Ley de creación Colegio Médico del Perú. Ley de creación. Códigos de Ética y Deontología 1970, 1997,2000 y 2007.
- Commissioned by the scottish government report (2012) No Fault Compensation Review Group Report and Recommendations - Volume I disponible en : <http://www.gov.scot/Topics/Health/Policy>
- Danzon, P. M. (1986). The frequency and severity of medical malpractice claims: new evidence. *Law and contemporary problems*, 49(2), p57.
- Elkin, J., Spittal, J., Studdent, M. (2011). Doctors disciplined for profesional misconduct in Australia and New Zeland 2000-2009. *MJA*, 194(9).
- Espinoza, J. (2000). La responsabilidad civil y administrativa de los profesionales.Derecho PUCP (Ed) 53, 549-582.
- Estudio IBEAS (2009). Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica. Ministerio de Sanidad y Política Social de España y OMS en colaboración con los Ministerios de Salud de Argentina, Colombia, Costa Rica, México y Perú y gestionado por la Organización Panamericana de la Salud.
- Fajardo G. E., Hernández, F., Santacruz, J., Hernández, M., Kuri, P., Gómez, E. (2009). Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007. *alud pública de México*, 51(2).

Federation of State Medical Boards of the United States (2014) U.S. Medical Regulatory Trends and Actions. Disponible en: www.fsmb.org.

Fernández, J. (2004). Responsabilidad civil de los profesionales sanitarios. La lex artis. Criterios jurisprudenciales. *Revista jurídica de Castilla y León*, (3).

Fondo de Defensa Médico Legal (FALMED). (2004). *Vida Médica órgano oficial del CMCh*, 56(2), p6.

Fuertes, L., Samalvides, F., Camacho, V. P., Herrera, F. P., Echevarria, J. (2009). Infección del sitio quirúrgico: comparación de dos técnicas quirúrgicas. *Rev Med Hered*, 20(1).

Gabriel, F. (1962). Leyes de Hammurabi. *Revista de Ciencias Sociales*, 6(3).

García, J. C. (2010). Responsabilidad civil de los médicos. *Derecho & Cambio social*, 7(20). Obtenido el xxxxx, desde <http://www.derechoycambiosocial.com>

Hurwitz, B., Sheik, A. (2009). Medical fallibility: Cultural recognition and representation. *JJR Soc Med*, 102, 181-185.

JAMA. (1965). Editorial: Thomas Percival (1740-1804). *Codifier of medical ethics*, 194 (12).

Jena, A. B., Seabury, S., Lakdawalla, D., Chandra, A. (2011). Malpractice risk according to physician speciality. *N Engl J Med*, 365, 629-36

Kessler, D. (2011). Evaluating the Medical Malpractice System and Options for Reform *J Econ Perspect*, 25(2), 93–110.

Kohatsu, N., Gould, D., Ross L., Fox, P., (2004). Characteristics associated with physician discipline a case-control study. *Arch Intern Med*, 164(6), 653-658.

Lain, E. (1978). Historia de la Medicina. Salvat (Ed).

Lanning, J. (1985). The Royal Protomedicato. The regulation of the medical professions in the spanish empire. Duke University Press. (Ed),.

Lastres, J. (1956). Historia de la medicina peruana. Vol 2. (pp 57-58).

- Laval, E. (2003). El protomedicato en el desarrollo de la salubridad en Chile durante la Colonia y la República. *Rev Chil Infect*; 117.
- Leape, L. L. (1994). Error in Medicine. *JAMA*, 272(23).
- Leape, L. L. (2014). 10 Questions: Lucian Leape, MD. *Medpage today*.
Obtenido el xxxxx, desde
<http://www.medpagetoday.com/PublicHealthPolic>
- Liang, B. A. (2001). The adverse event of unaddressed medical error: identifying and filling the holes in the health care and legal systems. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 29, 346-368.
- Localio, A.R., Lawthers, A.G., Brennan, T..A., Laird, ,N.M., Herbertm, E.L., Petterson, L.M., Newhause, J.P., Weiler, P.C., Hiatt, H.H. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due negligence. Results of the Harvard medical practice study III. *The New England Journal of Medicine* 325 (4), 245-251.
- Localio, T., Weaver,S., Landis, R., Lawthers, A., Brennan, T., Hebert, L., Sharp, T. (1996). Identifying adverse events caused by medical care: degree of physician agreement in a retrospective chart review *Annals of Internal Medicine*. 125(6).
- Lorenzetti, R. (2005). Responsabilidad civil de los médicos. Editora jurídica Grijley.
- Makary, M., Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US, contribution to mortality and call for better reporting. *BMJ*, 353, 2139.
- McIntyre, N., Popper, K. (1983). Critical attitude in medicine: the need for a new ethics. *BMJ*, 287(24), 1919-1923.
- Mendoza, A. (2011). Ética y medicina: la experiencia del Colegio Médico del Perú. *Rev Perú Med Exp. Salud Pública*, 28(4), 670-75.
- Michel P., Minodier C., Moty-Monnerau, C., Latheliz, M., Domecq, S., et al. (2011) Les événements indésirables graves dans les établissements de

santé: fréquence, évitabilité et acceptabilité. *Études et résultats*, 761, 201.

Morales, J.E. (2011). La responsabilidad penal del médico. Editorial P&P Servicios generales EIRL. Chiclayo.

NHS Litigation Authority Report and accounts 2013/14. Disponible en https://www.gov.uk/government/uploads/attachment_data/file/454320

Navarro, C., Arones, S., Carrera, R., Casana, K., Colque, T. (2013). Estudio de las denuncias penales por responsabilidad profesional médica en el Instituto de Medicina Legal de Lima. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(3),408-14.

Navarro, J. A. (2011). Negligencia Médica. Doctrina y jurisprudencia penal. (pp. 26, 27, 39-43, 46). Lima.

Outomuro, D., Actis, A. M. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Rev Med Chile*, 141, 361-366.

Papadakis, M. A., Hodgson, C. S., Teherani, A., Kohatsu, N. D. (2004). Unprofessional behavior in medical school is associated with subsequent disciplinary action by a state medical board. *Acad Med*, 79, 244-249.

Pellegrino, E. D., Thomasma, D. C. (1988). For the patients good: The restoration of beneficence in health care. Oxford University (Ed). New York.

Peng PWH y Smedstad KG. (2000) Litigation in Canada against anesthesiologist practicing regional anesthesia. A review of closed claims. *Can J Anesth*,; 47(2): 105-112

Percival T. (1803). The Medical Ethics. Prefacio. Manchester.

Pérez, R. (2012) De la magia primitiva a la medicina moderna. Primera edición electrónica. Fondo de cultura económica.

Raach, J. (1944). English Medical Licensing in the Early Seventeenth Century. *Yale J Biol Med*, 16(4), 267–288.

- Reason, J. (1990). Human error. *Cambridge University Press*.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *BMJ*, 320, 768-770.
- República de Colombia. Ley 23 (1981) Normas en Materia de Ética Médica.
- Richard, E. (1999). The Police Power and the Regulation of Medical Practice: A Historical Review and Guide for Medical Licensing Board Regulation of Physicians in ERISA-Qualified Managed Care Organization. *Annals of Health Law*. pp201. Obtenido el xxxxx, desde http://biotech.law.lsu.edu/Articles/med_rec.pdf
- Roca, S., Céspedes, E. (2011). La ley y las prácticas de protección al consumidor en Perú. *Gestión y Política Pública*, 20(2), 485-522.
- Ross, B. G., Norton P. G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J., et al. (2004) The Canadian Adverse Events Study: *the incidence of adverse events among hospital patients in Canada*. *CMAJ*, 170, 1678-86.
- Rostow, P., Bulger, R. J. (1989). Medical professional liability and the delivery of obstetrical care: Volume II, An Interdisciplinary Review. .Institute of Medicine. National Academy Press Washington, D.C. Obtenido el xxxxx, desde <http://www.nap.edu/catalog/1205.html>
- Rothman, D. J. (2000). Medical professionalism—focusing in the real issues. *New Engl J Med*, 1284-1286.
- Royal College of Physicians Discover the story of the Royal College of Physicians (RCP) over <https://www.rcplondon.ac.uk>
- Sanders, J., Aneez, E. (2003). The Frecuency and Nature of Medical Error: Understanding the diversity across studies. *Family Practice*, 20(3), 231-237.
- Schildmeijer, K., Unbeck, M., Muren, O., Perk, J., Harenstam, K., Nilsson, L. (2013) Retrospective record review in proctive patient safety work : Identification of no-harm incidents. *BMC Health Services Research*, 13,282. Obtenido el xxxxx, desde <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/282>

- Sánchez J. (2003) La medicina griega en su época de oro. Lima. Línea y Punto (ed). pp 635.
- Santomauro, C., Kalkman, C., Dekker, D. (2014). Second victims, organizational resilience and the role of hospital administration. *Journal of Hospital Administration*, 3(5).
- Sharpe, V. A., Faden, A. I. (1998). Medical harm. Historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness. *Cambridge University Press*.
- Simón, P. (2000). Consentimiento informado: Historia, teoría y práctica. Tricastela (Ed). Madrid, 25-28.
- Smith, R. (1989). Discipline I: the horders at the gates. II: the preliminary screener—a powerful gatekeeper. III: the final stages *BMJ*, 298, 1502-1634.
- Sogi, C., Cárdenas, M., Zavala, S. (2014). Denuncias éticas de médicos colegiados en Perú, 1991-2010: frecuencia y naturaleza. *Acta Med Per*. 31(1), 95-105.
- Stephen, F., Melville, A., Krause, T. (2012). A Study of medical degligence claiming in Scotland. Obtenido el xxxx, desde <http://www.scotland.gov.uk/socialresearch>
- Studdert, D., Mello, M., Phil, M., Gawande, A., Gandhi, T., Kachalia, A., Yoon, C., Puopolo, A., Brennan, T. (2006). Claims, Errors, and Compensation Payments in Medical Malpractice Litigation. *N Engl J Med*, 354, 2024-33
- Tamayo, T. (2002). Contexto del modelo mexicano de arbitraje médico. *Revista CONAMED*, 7(2).
- Traina, F. (2009). Medical malpractice: The experience of Italy. *Clin Orthop Relt Res*, 467, 434-442.
- Vargas, A., Cárdenas, M., Villena, J., Woolcott, O., Canelo, R. (2011). Informe de la Comisión de Alto Nivel encargada de analizar propuestas legislativas para la creación de un seguro de responsabilidad médica

en *Cuadernos de debate en salud*. El Acto Médico. Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú.

Veliz, J. (2000). Características de 148 denuncias presentadas al Comité de Vigilancia Ética y Deontológica del Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú. *Acta Med Peruana*, 20(1), 40-7.

Visillac, J. (2010). Ponencia presentada en la Asamblea anual de la Confederación Médica de Latinoamérica y el Caribe (CONFEMEL), celebrada en Lima.

Unwin, E., Woolf, K., Waldlow, C., Potts, H., Dacre, J. (2015). Sex differences in medico.legal actions against doctors: a systematic review and metha-analyssis *BMC Medicine*, 13,172.

Waddington, I. (1975). The development of medical ethics - a sociological analysis. *Medical History*,19, (pp 36).

Weiler, P. C., Hiatt, H. H., Newhouse, J. P., Johnson, W. G., Brennan, T. A., Leape, L. L. (1993). A measure of malpractice, medical injury, malpractice litigation ad patient compensation. *Harvard University* (Ed).

Weingart, S. Wilson,R., Gibberd, R., Harrison,B. (2000). Epidemiology of medical error. *BMJ*, vol 320. Obtenido el xxxxxx, desde www.bmj.com.

Wienke, A. (2013). Errors and pitfalls: Briefing and accusation of medical mal practice—the second victim *GMS Head and Neck Surgery*, 12.

Woolcott, O. (2010). Salud, daños e indemnización: A propósito del seguro médico obligatorio. Universidad de Lima (Ed). Lima.

World Alliance for Patient Safety <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en>WHO World Alliance for Patient Safety

Zavala, A. (2010). El Protomedicato en el Perú. *Acta Med Per*, 27(2),151.

Zavala, S., Sogi, C. (2006). Evaluación de la formación ética de internos de medicina

ANEXO 1. Glosario de Términos.

Acto médico: “Se reconoce como acto médico, toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende, los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico” Art 5 Reglamento de la Ley de Trabajo Médico DECRETO SUPREMO N° 024-2001-SA.

Daño derivado del acto médico: Daño derivado de planes o medidas adoptados durante la prestación del acto médico o asociado a él y no debido a la enfermedad o lesión subyacente.

Eventos adversos: una consecuencia lesiva no intencionada e inesperada de una intervención médica, que prolonga la hospitalización más allá del tiempo requerido por la enfermedad subyacente previa; y/o, causa discapacidad al momento del alta hospitalaria o produce la muerte;

Excepción de naturaleza de acción: Procede cuando:1) el hecho no está tipificado como delito en las leyes penales. Esto se basa en el principio de la Legalidad *nullum poena sine lege* (no hay pena si no hay ley), que no permite juzgar a alguien por un hecho que no está reconocido como delito por la ley penal al momento de cometerlo; 2) que el hecho no sea justificable penalmente, es decir, que no se procede a realizar un proceso penal, aunque sí de otra índole. Un ejemplo común es la instrucción que se apertura por falta de pago de una letra de cambio, pensando que es un delito penal, sin serlo, ya que esto es considerado un ilícito civil y de ninguna manera procedería una acción penal.

Gestión de Riesgo en salud: actividad destinada a la mejora de la calidad de atención en salud mediante la disminución de las circunstancias que pueden ocasionar daño al paciente en relación con los servicios prestados

Nulidad del proceso: es una decisión que adopta una sala Suprema o Superior, por la cual se anula todo lo actuado en el proceso y se vuelve a fojas cero para que el juez o la sala que emitió la sentencia anulada repitan el proceso, corrigiendo las faltas que motivaron la anulación.

Sobreseimiento: Deriva del latín supercedere (desistir de la pretensión que se tenía). Es un tipo de resolución judicial que dicta un juez o un tribunal, suspendiendo un proceso por falta de causas que justifiquen la acción de la justicia. Habitualmente es una institución de derecho procesal penal. En el sobreseimiento, el juez, al ver la falta de pruebas o ciertos presupuestos, no entra a conocer el fondo del asunto o se abstiene de continuar, pudiendo terminar el proceso antes de dictar sentencia. Por ese motivo, dependiendo de la legislación, el sobreseimiento no provoca normalmente la situación de cosa juzgada y el proceso se podría reabrir más adelante.

Seguridad del paciente: Reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria hasta un mínimo aceptable.

ANEXO 2.

Colegio Médico del Perú. Código de ética y deontología, versión 2000 Faltas según gravedad

a) Faltas extremadamente grave. Son los siguientes artículos del código:

- 23 Tráfico o comercio de material genético, partes de células, células, tejidos u órganos de origen humano
- 33 Propiciar cualquier forma de dependencia a drogas, proporcionar o prescribir estupefacientes
- 39 (Actos contra la humanidad) uso de sus conocimientos, habilidades o destrezas profesionales, participa o coopera, directa o indirectamente en actos de tortura, genocidio
- 44 Propiciar y/o dar atención descuidada, superficial o incompleta al paciente. Disponer del tiempo necesario para realizar el acto médico
- 64 Divulga o difunda por cualquier medio la información que hubiera obtenido o le hubiera sido confiado con motivo de la realización de un acto médico
- 84 (Docencia e investigación) experimentos dirigidos a la obtención de un ser humano mediante partenogénesis, fisión embrionaria, clonación

b) Faltas grave. Son los siguientes artículos del código:

- 09 Abusa de su condición de médico para obtener del paciente o sus familiares cualquier ventaja, provecho o beneficio indebido
- 10 Prestar atención de emergencia a las personas que la requieran
- 15 Clarlatanerismo en materia médica cualquiera sea su forma
- 16 Ejercer y fomentar la medicina en forma científica. No podrá incurrir en actos de curanderismo
- 20 Sin consentimiento expreso del médico tratante, interfiera en el acto médico de éste

- 24 Trabajando por cuenta de una institución de salud pública o privada, induzca por cualquier medio a pacientes atendidos por él en dichas instituciones a acudir a su consulta privada
- 32 Debe ser especialmente cuidadoso al prescribir medicamentos que pudieran tener efectos tóxicos o peligrosos para la vida o la salud de las personas
- 36 (Médicos legistas y auditores) En sus informes, deberá limitarse a establecer causas, hechos y conclusiones de orden científico técnico, absteniéndose de formular juicios de valor sobre la actuación de sus colegas o apreciaciones u opiniones que induzcan a terceros a comprometer la responsabilidad profesional de éstos
- 38 Médicos legistas y auditores) actúa en perjuicio del médico o el paciente, sea manipulando las condiciones de las pólizas, planes o programas de prestaciones de salud o auditando superficialmente el caso
- 45 La evaluación, diagnóstico y tratamiento del paciente debe ser realizado por el médico en forma personal, y no a través de terceros no médicos o de médicos de comunicación, cualesquiera que estos sean, a excepción de la telemedicina
- 46 ... indicar al paciente procedimientos diagnósticos o terapéuticos injustificados o que no correspondan a su problema de salud
- 47 El diagnóstico debe ser emitido en términos precisos. Es contra la ética hacer pronósticos sin base científica
- 48 El médico debe rechazar toda solicitud u orden para actuar contra la integridad física o psíquica del paciente, sea que provenga de una persona natural o de una jurídica
- 52 Médico que incurra en encarnizamiento terapéutico. Ha de entenderse por tal la adopción de medidas desproporcionadas a la naturaleza del caso
- 53 El médico no debe exponer a su paciente a riesgos injustificados. Para aplicar tratamientos experimentales, realizar procedimientos riesgosos o practicar intervenciones que dejan secuelas transitorias o permanentes, deberá informar adecuadamente al paciente y solicitar el consentimiento informado

- 54 El médico no debe interrumpir la asistencia de un paciente que le ha sido confiado
 - 55 utilizar el acto médico, o los hechos o informaciones que el médico conozca al ejecutarlo, como medio para obtener beneficios o favores para él o para terceras personas
 - 61 Médico consultor que no mantenga en reserva la información relacionada con la atención del paciente que le hubiere sido proporcionada por el médico tratante o que hubiera podido conocer con motivo de su intervención
 - 71 El médico que, en su condición de ascendiente, exceda su autoridad en perjuicio de algún colega
 - 74 Modifique o adultere el contenido de la historia clínica, o de cualquier otro registro clínico
 - 79 El texto del certificado debe ser claro y preciso, y debe ceñirse a la verdad. Incurrir en falta ética el médico que expide un certificado acreditando un acto médico no realizado o que exprese información falsa, inexacta o tendenciosa
 - 80 La docencia médica se brinda en el marco de la consecución de objetivos científicos, técnicos y éticos
 - 82 Todo proyecto de investigación médica debe ser presentado al Comité de ética de investigación
 - 86 Atenta contra la ética falsear o inventar datos obtenidos en el marco de las investigaciones médicas
- c) Faltas éticas no grave. Esta categoría se creó para incluir el resto de los artículos de código